

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 23 décembre 1908, à une heure

Par **J. LE CALMÉ**

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE RENNES ET DU HAVRE

Né à Pontivy, le 12 Avril 1880

LE

MÉGACOLON OU MALADIE DE HIRSCHSPRUNG

(DILATATION CONGÉNITALE DU COLON)

Président : M. P. SEGOND, professeur.

*Juges : { MM. RECLUS et ROGER, professeurs.
BRANCA, agrégé.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)
(Anciennement : 26, Rue Monsieur le Prince)

1908

112

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 23 décembre 1908, à une heure

Par **J. LE CALMÉ**

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE RENNES ET DU HAVRE

Né à Pontivy, le 12 Avril 1880

LE

MÉGACOLON OU MALADIE DE HIRSCHSPRUNG

ACAD. (DILATATION CONGÉNITALE DU COLON)

UNIVERSIT.

MED.

Président : M. P. SEGOND, professeur.

*Juges : { MM. RECLUS et ROGER, professeurs.
BRANCA, agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, Rue Monsieur le Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N***
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	N*
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	LE DENTU
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
	PINARD
Clinique d'accouchements	BAR
	RIBEMONT-DES-
	SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LCEPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR TUFFIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BEAUJON

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOUËNE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DU HAVRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Avant de terminer nos études médicales, nous voulons évoquer ici des souvenirs pour nous particulièrement pénibles; ne pouvant adresser la dédicace de cette thèse à notre PÈRE et à notre MÈRE, nous tenons à dédier ces quelques pages inaugurales à leur mémoire, en témoignage de reconnaissance et d'affection filiale.

INTRODUCTION

Les renseignements que nous avons sur la maladie que nous allons traiter dans cet ouvrage, datent de nos jours. Non pas que ce soit une affection nouvelle, mais jusqu'à ce jour, elle était pour ainsi dire ignorée, du moins en temps qu'*entité morbide*.

A ce point de vue, on peut rapprocher l'histoire du *mégacôlon*, de celle de l'*appendicite*; de même que cette dernière affection, le mégacôlon a sans doute existé de tout temps, mais il lui manquait une description complète et précise qui permît d'en faire une maladie bien distincte. Ainsi l'*appendicite* a donné lieu, jadis, à une foule d'affections (typhlite, péritonite, perforations, coliques de miserere...), également ce que nous appelons maintenant: *ectasie congénitale*, *dilatation idiopathique du gros intestin*, *mégacôlon congénital* ou encore *maladie de Hirschsprung*, doit être ce que nos prédécesseurs englobaient sous le nom de tumeurs stercorales et qu'on a appelé enfin fécalomes ou ster-

coromes. (*Demons, congrès de Chirurgie 1896*). En d'autres termes ce qui, autrefois, était considéré comme *entité morbide* (typhlite, péritonite, perforation, coliques de misere... pour le cas de l'appendicite), (fécalomes, stercoromes, pour le cas du mégacôlon), n'est plus que *manifestations cliniques* d'affections aujourd'hui bien connues, bien isolées : d'une part, l'appendicite, de l'autre le mégacôlon.

L'entité du mégacôlon a été établie grâce aux autopsies et aux interventions chirurgicales. Sans doute les autopsies sont un précieux moyen de diagnostic, mais en général, elles ont le tort de ne montrer la maladie qu'arrivée au terme de son évolution ; lorsqu'elles interviennent, l'affection a déjà achevé son œuvre ; partant les renseignements qu'on en tire, sont souvent pris dans le vague.

Tout autres, au contraire, sont ceux fournis par les interventions chirurgicales. Grâce à l'asepsie, ces interventions sont pratiquées aujourd'hui avec plus de hardiesse ; elles ont, sur les autopsies, l'avantage de surprendre les affections dans leur marche en pleine activité et par conséquent de donner des indications plus précises, de rapporter les symptômes à telle cause, à tel organe, de localiser en un mot l'affection.

C'est en 1880 que le premier cas de cette maladie a été observé, chez un nouveau-né ; cinq ans après, le deuxième ; la première publication date de 1886, suivie en 1890 d'une seconde, enfin d'un troisième en 1899. A la même époque des observations semblables commencent à paraître dans la littérature. Mais ce n'est

que dans le travail récent de P. Duval (*Revue de Chirurgie* 1903 mars, avril, mai) et dans le mémoire de Tuffier (1) que l'on trouve une étude sérieuse de cette affection qui appartient sans doute davantage à l'enfance, mais dont, cependant, les exemples ne manquent pas à des âges plus avancés.

Chez l'enfant, le mégacôlon est *congénital*; l'enfant naît atteint de cette affection, de même qu'il peut naître porteur d'une hernie. Chez l'adulte, chez l'adolescent, le mégacôlon peut n'être également que l'expression d'une malformation congénitale, que la manifestation d'un état tout particulier contracté pendant la vie intra-utérine et qui a persisté à la naissance et depuis la naissance, mais il peut être aussi *acquis*: l'invagination du côlon, la coudure exagérée de l'angle formé par le côlon transverse et le côlon descendant en s'opposant au cours des matières et des gaz, peut déterminer, en deçà de cet obstacle, une distension énorme de l'intestin par l'accumulation des matières ou l'exagération de l'angle colique gauche.

Mais, dans cette étude, nous laisserons de côté le mégacôlon acquis, pour nous occuper exclusivement du mégacôlon congénital.

Nous avons consacré un chapitre à l'anatomie pathologique, un autre à l'étiologie et à la pathogénie, un troisième à la symptomatologie. Nous avons enfin étudié le diagnostic et nous nous sommes occupés, dans nos derniers chapitres, de l'évolution, du pronostic et du

(1). — TUFFIER. Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris 12 novembre 1907.

traitement. Nous avons terminé notre travail par les observations que nous avons cru devoir recueillir à l'appui de cette étude.

Notre travail sera donc ainsi divisé :

Chapitre I — Anatomie pathologique ;

Chapitre II — Etiologie et pathogénie ;

Chapitre III — Symptomatologie ;

Chapitre IV — Diagnostic ;

Chapitre V — Evolution et pronostic ;

Chapitre VI — Traitement ;

Observations.

Conclusions générales.

Au début de cet ouvrage, la reconnaissance, plus encore que la tradition, nous impose l'agréable devoir d'exprimer notre profonde gratitude à tous les Maîtres dont l'enseignement nous a été si précieux au cours de nos études médicales.

Nous remercions bien sincèrement nos premiers Maîtres de l'Ecole de médecine de Rennes : MM. les Docteurs LE MONIET, DAYOT, BERTHEUX, BRUTÉ DE RÉMUR, ASSICOT, VÉRON.

M. le D^r FOLLET, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Rennes, a tout particulièrement droit à l'expression de notre respectueuse gratitude pour les marques d'intérêt qu'il a bien voulu nous prodiguer au cours de nos études médicales. Nous garderons, de ce Maître éminent, le meilleur souvenir, et de son enseignement absolument impeccable les meilleurs principes.

Nos remerciements au savant professeur, M. le D^r

BODIN, qui n'a cessé de nous charmer par ses admirables leçons de bactériologie, leçons que nous avons d'ailleurs religieusement conservées.

Nos maîtres des Hôpitaux du Hâvre, où nous avons été interne pendant près de trois ans, n'ont pas moins droit à notre reconnaissance. MM. les D^{rs} DERONDE, médecin des Hôpitaux du Hâvre, et WALCH, chirurgien des mêmes Hôpitaux, pour les bons conseils qu'ils nous ont toujours donnés, pour la confiance qu'ils nous ont souvent témoignée, méritent la plus large part.

Nous remercions notamment M. le D^r WALCH d'avoir su nous faire aimer la chirurgie, et de nous en avoir inculqué les meilleurs principes. Nous aurons toujours à cœur d'apporter, dans notre pratique journalière, cet esprit d'observation, cet esprit de méthode qui le caractérisent.

Nous unissons dans un même sentiment de reconnaissance MM. les D^{rs} LÉROY, THOREL, BRUNSCHWIG, DUBARRY, TERMET, DEVILLE, DURAND-VIEL, SIMON et M. LE MARIÉ, pharmacien en chef.

A tous nos COLLÈGUES d'internat, nous adressons un amical merci. Nous garderons, de leur amabilité, de leur franche gaieté et de leur bonne camaraderie, le meilleur souvenir.

Nous offrons à M. le D^r TUFFIER, notre modeste travail, inspiré par les précieux documents qu'il a bien voulu nous confier. Nous tenons à lui témoigner notre profonde reconnaissance.

Que notre excellent ami le Dr LE NOUËNE, chirurgien,

gien des Hôpitaux du Havre, dont le savoir n'a d'égal que la modestie et qui, entre autres marques de bienveillance, a bien voulu nous guider dans cette délicate étude, reçoive, en même temps que tous nos remerciements, le témoignage de notre grande estime et l'assurance de notre vive sympathie.

M. le PROFESSEUR SEGOND nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il veuille bien nous permettre de lui adresser l'hommage de notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE I.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le tableau anatomique, bien que susceptible de variantes, est assez caractérisé et bien peu changeant : une distension extraordinaire limitée, en général, au gros intestin, jointe à un épaissement très considérable de la paroi et à une augmentation de longueur du côlon. Donc, d'une part : *augmentation de la grosseur* du gros intestin par dilatation et hypertrophie, d'autre part *augmentation de sa longueur*, sont deux caractères propres au mégacôlon et qui se manifestent au premier abord.

Si l'on ouvre, en effet, le ventre d'un enfant atteint de mégacôlon, on est frappé de l'aspect qu'il présente : l'intestin apparaît distendu, comme soufflé et trop grand pour la cavité abdominale qui semble, tout à coup, être devenue trop petite pour le contenir ; les anses de l'intestin grêle disparaissent sous cette dilatation qui est parfois considérable.

Cette distension, *segmentaire* ou *totale*, peut en imposer pour un estomac anormalement dilaté (1).

Dans un cas, WALKER (2), en ouvrant l'abdomen d'un enfant, ne vit qu'une énorme anse intestinale semblable à une grosse jambe et à une cuisse avec le genou complètement fléchi; c'étaient les côlons transverse et descendant qui mesuraient 58 centimètres de circonférence.

Le côlon, dont le diamètre normal varie de 25 millimètres à 70, peut atteindre des dimensions considérables.

GÉE (3) rapporte un cas où le côlon présentait un diamètre de 10 centimètres.

OSLER (4) en mentionne un autre où la circonférence du côlon atteignait 45 centimètres.

TORDEUS (5) a vu un côlon dont le volume était triplé; son diamètre mesurait 13 centimètres, soit une circonférence de 60 à 61 centimètres.

STIRNIMANN (6) a constaté, chez un enfant de 3 mois et demi, un gros intestin d'une capacité de 1.700 centimètres cubes au lieu de 150 centimètres cubes.

Chez *l'adulte*, le côlon peut atteindre des dimensions non moins fantastiques; c'est ainsi que BANKS a cons-

(1). — BROOK: *Brit. med. journ.* 1905 I. 1035.

(2). — WALKER ET GRIFFITH: *Duval observ.* XXV.

(3). — GÉE: *Duval observ.* VII.

(4). — OSLER: *Duval observ.* XXIII.

(5). — TORDEUS: *Duval observ.* XL.

(6). — STIRNIMANN: *Corr. Bl. Schweiz. Aerzte* 1905, p. 569.

taté, chez un sujet de 50 ans, un côlon pelvien dont la circonférence mesurait 66 centimètres (Duval. observ. II).

Sur un homme de 23 ans, atteint de mégacôlon, FORMAD a trouvé un gros intestin dilaté sur tout son trajet, avec une circonférence de 33 à 44 centimètres suivant les différents points et qui en imposait pour « *un intestin de bœuf* » ; il pesait 47 livres (Duval, obser. XXI).

A ce caractère de distension vient s'en ajouter un second non moins important et non moins évident : l'*hypertrophie*. La dilatation et l'hypertrophie vont parallèlement, mais semblent diverger cependant notamment aux endroits de flexions naturelles ; le calibre diminue tandis que l'épaississement de la paroi ne change pas (1).

Toutes les tuniques qui constituent la paroi intestinale prennent une plus ou moins grande part au processus hypertrophique. En général on peut les distinguer ; toutefois, il y a des cas où les différents tissus sont transformés en une masse inextensible dans laquelle les différentes couches sont très difficiles à reconnaître (2).

La séreuse peut être intacte (3) ; mais en général, elle

(1). — COMBY : *Traité des Maladies de l'enfance*. Tome II.

(2). — GAUME : *Duval observ. X*.

(3). — GAUME : *Duval observ. X*.

prend part au processus; elle est épaissie (1); cette épaisseur peut atteindre la moitié de son épaisseur totale (2).

Il n'en est pas de même de la *tunique musculéuse* qui échappe rarement au processus hypertrophique. L'hypertrophie est parfois telle qu'on ne voit plus les bosselures, non plus que la disposition ordinaire en bandes de la musculature; les bandes longitudinales finissent par se toucher et ne peuvent plus être distinguées; sur la portion dilatée elles apparaissent comme des faisceaux épais; cette tunique présente une épaisseur de 5 millimètres au lieu de 2 millimètres, son épaisseur normale (3).

HAWKINS (4) a cependant observé un cas dans lequel l'hypertrophie de la musculéuse était nulle.

Dans tous les cas, la *muqueuse* présente des modifications très importantes. Si, parfois, elle n'offre pour tout caractère qu'une simple ponctuation rougeâtre (5), elle est par contre, en général, épaissie, congestionnée parsemée d'ulcérations. Au nombre de 10 à 12 dans la majorité des cas, ces ulcérations sont tantôt simples, revêtant l'aspect de taches blanc bleuâtre (6), tantôt

(1). — FÜTTERER: *Duval observ.* X.

(2). — MYA: *Duval observ.* XXVIII.

(3). — FÜTTERER: *Duval observ.* XI.

(4). — HAWKINS « *The Brit. med. journ.* 2 mars 1907 ».

(5). — FÜTTERER (*Duval observ.* XI).

(6). — HUGUES (*Duval observ.* XIII).

BRISTOWE (*Duval observ.* IX).

au contraire, elles présentent une perforation donnant issue aux matières (1).

La muqueuse peut revêtir d'autres aspects; elle serait, dans quelques cas, d'un gris blanc, épaisse et friable (2), ou bien encore rugueuse et rougeâtre par endroit (3).

HIRSCHSPRUNG lui a décrit des replis multiples; parfois aussi des replis transversaux espacés et peu nombreux, et des plaques de Peyer hypertrophiées (4).

En somme, hypertrophie consécutive à une inflammation chronique et ulcérations pouvant donner lieu à des perforations, telles sont les principales lésions *macroscopiques* de la muqueuse.

A ces lésions correspondent des modifications *histologiques* non moins importantes.

La *séreuse* est hypertrophiée; parfois, elle est amincie (5), et on a l'impression que la paroi totale est constituée en majeure partie par du tissu conjonctif fasciculé.

Les *faisceaux circulaires* de la tunique musculaire,

(1). — CONCETTI (Duval observ. XXXIII).

(2). — GAUME (Duval observ. X).

(3). — MULBERGER (Zeitschrift für Klinische med. 1905 LVII-374).

(4). — HIRSCHSPRUNG (Duval observ. XVIII).

(5). — CONCETTI (Duval observ. XXXIII).

N.-B.: TUFFIER a constaté une paroi intestinale aussi épaisse que la main; la muqueuse, d'une épaisseur de 1 centimètre était violacée et ecchymotique.

sont très hypertrophiés et sont formés de fibres non striées dont beaucoup sont de néoformation.

La *couche longitudinale externe* est tellement étalée par aplatissement des bandes, qu'elle paraît presque continue tout autour de l'intestin (1). Elle est parfois amincie, moins hypertrophiée que la couche transverse qui est, en plus, souvent infiltrée (2).

La *muscularis mucosa* est infiltrée de leucocytes et hypertrophiée (3); cette hypertrophie atteint la moitié de son épaisseur totale.

Les *glandes de Lieberkühn* sont bien ordonnées; les vaisseaux très développés, montent entre elles jusqu'à la muqueuse qui est revêtue d'un épithélium cubique (4).

La *muqueuse*, rouge, injectée, est privée en de nombreux points de son épithélium et de ses glandes tubulées (5); elle peut même être presque totalement dépourvue de son revêtement épithélial (6).

Enfin, WALKER ET GRIFFITH (7) ont mentionné les lésions suivantes: la surface libre de la muqueuse est presque dénudée de son épithélium; les cryptes glan-

(1). — WALKER ET GRIFFITH *Dural observ.* XXV.

(2). — MYA: *Dural observ.* XXVIII.

(3). — BERTI: *Dural observ.* XXIX.

MYA: *Dural observ.* XXVIII.

(4). — FUTTERER: *Dural observ.* XI.

(5). — MYA: *Dural observ.* XXVIII.

(6). — BERTI: *Dural observ.* XXV.

(7). — WALKER: *Dural observ.* XXV.

dulaires ont disparu en grande partie; les cellules à mucine sont considérablement réduites; le tissu aréolaire fait défaut; ce qui représente la muqueuse est solidement uni à la tunique musculaire par du tissu fibreux, tous symptômes d'une *inflammation chronique de la muqueuse*.

A côté de ces deux caractères anatomo-pathologiques, dilatation et hypertrophie, que nous venons de développer assez longuement, il convient de mentionner également, un certain degré *d'allongement* du côlon; cet allongement peut être même considérable surtout chez les enfants :

HIRSCHSPRUNG a vu un côlon transverse mesurer 17 centimètres de long, MARTIN un côlon pelvien long de 38 centimètres, HICKENS un côlon pelvien de 57 centimètres (1).

CONCETTI rapporte le cas d'un enfant chez lequel les quatre portions du gros intestin étaient atteintes et présentaient une longueur de 102 centimètres (2).

Au début de ce chapitre, nous avons dit que le plus souvent la lésion restait limitée au côlon seul; on connaît toutefois des exemples où le cœcum et la portion inférieure de l'intestin grêle participent au développement anormal du gros intestin.

BRISTOWE *signale* un cœcum dilaté, de même HIRS-

(1). — HIRSCHSPRUNG: *Duval observ.* XVIII.

MARTIN: *Duval observ.* XXXI

HICKENS: *Duval observ.* XLV.

(2). — CONCETTI: *Duval observ.* XXXIII.

HIRSCHSPRUNG. GAUME a rencontré un cæcum très dilaté (1) ; l'intestin grêle était hyperhémie et légèrement distendu (1).

HADDEN a constaté une distension des 61 derniers centimètres de l'intestin grêle et du côlon au-dessus de l'anse sigmoïde ; BERTI un intestin grêle météorisé avec des parois amincies et blanchâtres (2).

Enfin, François HUE, dans une communication à la Société de Médecine de Rouen, 15 avril 1907, a publié un cas où la dilatation portait sur l'estomac, le duodénum et les premières portions de l'intestin grêle ; mais c'est surtout le rectum et l'anse sigmoïde qui présentaient la plus grande dilatation (3).

Tous ces cas se rapportent à des enfants ou à des adolescents. Chez l'adulte les observations, d'ailleurs moins nombreuses, ne mentionnent pas d'anomalie du cæcum ou de l'intestin grêle.

Le mégacôlon ne borne pas là ses lésions ; les vaisseaux, les franges épiploïques, les ganglions, le péritoine, l'appendice participent également au processus pathologique.

Les artères sont le plus souvent dilatées (4) ; elles

(1). — BRISTOWE : *Duval observ.* IX.

HIRSCHSPRUNG : *Duval observ.* XVI.

GAUME : *Duval observ.* X.

(2). — HADDEN : *Duval observ.* XXII.

BERTI : *Duval observ.* XXIX et XX-

(3). — François HUE : *La Normandie médicale*, 1^{er} mai 1907.

(4). — TRÊVES : *Duval observ.* XLVII.

sont frappées d'endartérite (1).

Les *veines* prennent aussi part à ce développement qui peut être assez considérable (2).

Les *gànglions mésentériques* sont sains en général, mais ils peuvent être parfois hypertrophiés (3).

Le volume de l'*appendice* peut être doublé (4).

Le *péritoine*, en général indemne, peut se trouver épaissi en certains points, mais sans signe de péritonite (5). Il présente parfois quelques zones opaques dues sans doute à une hypertrophie disséminée (6).

Quant au *contenu* de l'intestin, il est généralement constitué par des gaz plus ou moins abondants, et des matières fécales le plus souvent semi-liquides, de couleur brunâtre ou verdâtre, d'odeur repoussante.

Gaz et matières fécales peuvent s'y trouver en quantité considérable. FUTTERER (7), dans un cas où la dilatation ne portait que sur le côlon pelvien, a rencontré une masse de matières, très liquides, qui atteignait une capacité de 8 litres.

On peut cependant observer des fèces dures, des scybales et même de véritables calculs stercoraux.

(1). — MYA: *Duval observ.* XXVIII.

(2). — FAVALLI: *Duval observ.* I.

(3). — FENWICK: *Duval observ.* XXXVIII.

(4). — WALKER: *Duval observ.* XXV.

(5). — WOOLMER: *Duval observ.* XXXVII.

(6). — BRISTOWE: *Duval observ.* IX.

(7). — FUTTERER: *Duval observ.* XI.

TUFFIER (1) a extrait de l'intestin un énorme calcul stercoral pesant 1 kil. 455. Sur une coupe on le trouva formé de couches concentriques contenant des grains, des matières stercorales desséchées et des fibres ligneuses, le tout s'emboîtant en couches successives comme on le voit dans un calcul vésical.

POZZI (2) a constaté une masse fécale volumineuse et très dure pesant environ 700 grammes.

BROOK (2) pour extraire du côlon une tumeur fécale, dut la morceler au moyen d'un forceps lithotome.

Enfin, on a rencontré des corps étrangers, des noyaux de cerise par exemple. (*Schuckmann. Loc. cit.*)

Ici, une question importante se pose : existe-t-il de la *sténose* dans la maladie de Hirschsprung?

Dans les autopsies, dans les interventions chirurgicales, l'attention des auteurs s'est, pour ainsi dire, toujours arrêtée sur ce point. Or, l'une des caractéristiques de la dilatation idiopathique du côlon, c'est l'*absence* ou du moins la *rareté* de tout obstacle intestinal, susceptible d'avoir pu engendrer la dilatation.

TUFFIER, BROOK, POZZI, BRISTOWE ont sans doute rencontré, comme nous venons de le voir précédemment, des masses fécales assez volumineuses et assez dures pour s'opposer au cours des matières; mais ces quelques faits constituent des exceptions, et puis ces tumeurs fécales ne seraient-elles pas plutôt la consé-

(1). — TUFFIER: *Bulletin et Mém. de la Soc. chir. de Paris*, 12 novembre 1907.

(2). — POZZI: *Congrès Chirurgie*, 1905, p. 782.

(3). — BROOK: *Brit. Med. Journ.*, 2 mars 1907.

quence de la dilatation qui relèverait d'une tout autre cause?

D'autre part, les plis, les coudures, les rétrécissements sont rares.

Chez l'*adulte*, sur 24 cas de mégacôlon, on ne relève qu'une seule exception: dans un cas, SCHUCKMANN (*Loc. cit.*) a constaté, à 20 centimètres de l'anus, une légère strangulation de l'intestin; la dilatation commençait immédiatement au-dessus, mais il n'existait pas de sténose vraie.

HAWKINS (*Loc. cit.*) parle bien de rétrécissement de la lumière de l'intestin, dans un cas où la dilatation intéressait les portions iliaque et pelvienne du côlon, mais ce n'était là qu'une conséquence assez naturelle d'une hypertrophie très accusée: les portions iliaque et pelvienne étaient, en effet, très courtes et leur paroi très épaissie.

Chez l'*enfant*, sur 64 cas de mégacôlon, on compte également peu d'exceptions.

La dilatation affecte parfois une forme spéciale dite « *sacciforme* »; elle est constituée par plusieurs portions dilatées, le plus souvent au nombre de deux, et séparées par des points rétrécis; mais on ne voit pas d'obstruction, de sténose véritable. (*Duval observ.* III, XXVIII, XXIX).

TORKEL, ROTH parlent de coudures.

Dans le cas observé par TORKEL (1), le côlon présentait deux coudures brusques.

Dans celui de ROTH (2), le côlon ascendant présen-

(1). — TORKEL: Deut. med. Woch. 1905. XXI. 344.

(2). — ROTH: *Loc. cit.*

taient une coudure en forme d'S dont les deux parties étaient situées l'une contre l'autre et n'étaient pas dilatées, tandis que le côlon transverse était distendu.

Des rétrécissements ont été signalés par FUTTERER et BITTORF.

Dans le cas observé par FUTTERER (*Duval observ.* XI) le côlon descendant, à son entrée dans le sac pelvien, était très rétréci au point de ne laisser passer, qu'avec peine, un doigt; l'hypertrophie des parois était considérable.

Dans le cas de BITTORF (1), l'anse sigmoïde, hypertrophiée et dilatée, présentait un étranglement à son extrémité inférieure; une sonde fut introduite dans le rectum et on se rendait compte, en introduisant le doigt, que la sonde se coudait au niveau de l'étranglement.

Chez un enfant de 6 ans, TRÊVES a rencontré, sur les parois de la portion intestinale distendue, un pli valvulaire de la muqueuse occupant l'orifice inférieur, communiquant avec le segment sous-jacent rétréci; cet orifice livrait passage à l'index. Ce repli muqueux a pu contribuer à l'obstruction; cependant en examinant les pièces de plus près, il semblait plus probable que les crises d'occlusion intestinale étaient dues à la plicature de l'intestin à l'extrémité inférieure de la portion dilatée.

(1). — BITTORF: *Munch. med. Woch.* 1906 LIII. 265.

(2). — TRÊVES: *Duval observ.* XLVII.

PERTHES (1) signale également, chez un sujet de 15 ans, une coudure très aiguë du côlon pelvien, et dans l'intérieur de l'intestin un pli muqueux; il crut y voir la cause de l'obstruction; il supprima donc cet obstacle présumé; la dilatation n'en persista pas moins.

(1). — PERTHES: *Arch. für Klin-Chir.* 1905. LXXVII. I. 42

CHAPITRE II

ETIOLOGIE. — PATHOGENIE

La maladie de Hirschsprung s'observe surtout chez les enfants; chez les nouveau-nés, elle est relativement fréquente principalement au moment du sevrage comme tendent à le prouver la plupart des statistiques. Les garçons y seraient plus sujets que les filles; sur 10 cas rapportés par Comby, un seul concernait une fille, soit un pourcentage de 10 filles sur 100 cas observés.

Toutefois, les adultes n'en sont pas exempts; le mégacôlon se rencontre pour ainsi dire à tout âge avec, cependant, une prédilection marquée pour les deux âges extrêmes de la vie. Cette affection se rencontre chez le fœtus à partir du *septième mois de la vie intra-utérine*; on l'a observée chez des vieillards de 68 ans (1). Pour plus de précision, voici d'ailleurs une statistique de TUFFIER à laquelle nous nous sommes permis d'a-

(1). — SCHUCKMANN: Loc. cit.

jouter deux nouveaux cas: l'un publié par François HUE, concerne un enfant de 5 ans, l'autre par ROUX DE BRIGNOLLES, concerne une femme de 50 ans.

AGE

Nombre total des cas	88
Limites extrêmes	Fœtus de 7 mois - 68 ans.
1° <i>Fœtus</i> (1)	1
2° <i>Malades dont l'âge n'est pas indiqué</i>	5
3° <i>Malades dont l'âge est inférieur à 1 an.</i> ..	20

Se classant ainsi:

Mort en venant au monde (2)	1
D'un âge inférieur à 3 mois	9
D'un âge inférieur à 6 mois	2
De six mois à 1 an	8
4° <i>Malades âgés de 1 an à 68 ans</i>	59

Se classant ainsi:

De 1 an à 20 ans	40
De 20 ans à 68 ans	22

Pour expliquer cette dilatation du gros intestin, diversës théories ont été proposées; qu'il nous suffise d'en citer les principales.

Pour HIRSCHSPRUNG, l'ectasie est congénitale et segmentaire; c'est elle qui détermine la stase des matières.

FENWICK veut que la dilatation ne soit que secon-

(1). — AMMON: *Duval observ.* IV.

(2). — AMMON: *Duval observ.* III.

daire à un obstacle : condure, contracture sphinctérienne ou autre.

GRIFFITH invoque plusieurs causes possibles : constipation, paralysies, rétrécissements congénitaux, tendance innée à la dilatation sans cause organique.

TRÈVES tient pour une obstruction initiale.

HAWKINS pense que la dilatation du côlon relève d'un trouble d'innervation de l'intestin d'origine congénitale. Il propose d'appeler la maladie : *Dilatation et hypertrophie névropathique du côlon*.

LÈVI croit que la séparation du muscle droit de l'abdomen, en diminuant la pression abdominale, cause la constipation ; la dilatation du colon serait secondaire.

IBRAHIM *accepte*, quant à la pathogénie du mégacôlon, la théorie de MARFAN qui considère la dilatation du côlon, non pas comme primitive, mais consécutive à la constipation congénitale, affection essentiellement liée à la multiplicité et à l'exagération des inflexions de l'S iliaque. La stase des matières fécales dans le côlon, suffit à expliquer toute la série des faits qu'on a observés dans le mégacôlon : la dilatation en particulier est probablement due à la distension par les gaz de putréfaction. L'hypertrophie des parois est analogue à celle qui se produit dans la vessie lorsqu'il existe un obstacle au cours de l'urine ; elle est due en partie aussi à la colite chronique (*Marfan*).

STIRNIMANN croit à une dilatation congénitale de la flexure sigmoïde avec hypertrophie idiopathique. La dilatation dans la partie sus-jacente du côlon est secondaire.

GOUREVITCH croit que l'état de longueur anormale du mésentère de l'anse sigmoïde qui permet au côlon pelvien de se couder, cause l'arrêt des matières fécales au-dessus de l'obstacle et provoque secondairement l'hypertrophie et la dilatation de l'intestin.

ESCHERICH accepte l'origine congénitale de l'hyperplasie du côlon.

BITTORF explique la pathogénie de la maladie par l'étranglement congénital et la longueur du mésocôlon.

BING croit que la dilatation et l'hypertrophie du côlon ne sont pas congénitales. Ce qui est congénital, c'est l'innervation défectueuse du côlon, mais elle peut être aussi acquise. Cela engendre une certaine atonie de la musculature et des mouvements péristaltiques faibles, d'où constipation et météorisme.

Pour FITZ, deux variétés : malformation congénitale stricturante avec rétrodilatation, ou bien stase fécale créant la dilatation et l'hypertrophie.

MYA y voit une malformation embryonnaire primitive.

CONCETTI explique tous les phénomènes par un développement embryonnaire anormal.

NEUGEBAUER repousse la théorie de BING et s'attache à réfuter la pathogénie invoquée par PERTHES au *Congrès allemand de Chirurgie* en 1905 : à savoir qu'une cause mécanique, presque toujours un obstacle valvulaire, produit le complexe symptomatique donné par Hirschsprung. Dans l'observation personnelle de l'auteur tout faisait penser à une valvule : impossibilité

spontanée d'aller à la selle, les efforts s'opposant au passage des matières, tandis que le passage de la sonde suffisait à en ramener une grande quantité; émission involontaire de gaz et de fèces, la nuit, pendant le sommeil, dans la position accroupie. Or, l'opération montra une dilatation énorme du colon pelvien et du rectum; il n'y avait aucune coudure sur l'extrémité rectale et aucune valvule n'était perceptible par l'exploration intra-pelvienne, ni par le toucher rectal; d'ailleurs le succès thérapeutique par anastomose du colon transverse prolabé avec le rectum distendu, par conséquent au-dessus du point où aurait dû siéger la valvule, montre à l'évidence que cette théorie mécanique doit être abandonnée.

NEUGEBAUER opine pour une malformation congénitale portant et sur la longueur et sur le calibre et sur l'épaisseur des parois de l'anse malade. Ce qui prouve cette anomalie de disposition c'est que, à la suite de l'anastomose pratiquée dans sa deuxième opération et de la guérison fonctionnelle obtenue, l'anse malade resta aussi dilatée et aussi longue qu'avant l'opération.....

Chacune de ces opinions s'appuie sur les cas étudiés par les auteurs; ce qu'il faudrait ce serait de pouvoir retirer de ces diverses théories une cause commune à tous les cas de mégacolon. Tel cas paraît attribuable à de la constipation, tel autre à de l'occlusion, tel autre enfin, à une longueur exagérée du gros intestin, etc... Or, il est peu vraisemblable que la constipation simple, par exemple, détermine un volume aussi considérable

de l'intestin tel qu'on l'observe chez l'enfant... D'autre part, les plis valvulaires, les coudures, les rétrécissements ou un obstacle tel qu'une concrétion fécale volumineuse peuvent sans doute s'opposer au cours des matières et amener une certaine distension de l'intestin; mais, comme nous venons de le voir dans le chapitre précédent, cette cause présumée ne s'est rencontrée qu'exceptionnellement; en outre, lorsqu'elle existait, elle semblait souvent insuffisante; dans certains cas même, malgré sa suppression, la dilatation intestinale n'en persistait pas moins. Il faut donc autre chose; il nous paraît nécessaire d'invoquer une lésion congénitale évidente; la stase ne peut être que secondaire. C'est ce qui ressort d'ailleurs, des observations de P. DUVAL qui finit par conclure que le mégacôlon est dû à une malformation congénitale, consistant en une hyperplasie du tissu conjonctif de la paroi colique entraînant secondairement une dilatation de l'intestin; elle se développe plus ou moins avant ou après la naissance, mais relève toujours d'une malformation embryonnaire dont la cause primitive, d'ailleurs, nous échappe.

On cite, cependant, des cas de mégacôlon où cette théorie congénitale trouve difficilement place; on a vu, en effet, la dilatation du gros intestin se produire brusquement, sans qu'aucun antécédent ne pût faire prévoir cette affection, chez des sujets bien portants, comme semble, du reste, l'attester cette observation

publiée par le Docteur LE NOUENE (1), chirurgien des Hôpitaux du Havre, au *Congrès de Chirurgie* 1906 et que nous avons cru bon de reproduire dans cette étude (Voir « Observations »).

Comme on le voit, dans l'état actuel de nos connaissances, il semble impossible de fixer une cause unique de mégacôlon; toutes les causes susceptibles d'amener une gêne à la circulation des matières fécales peuvent être invoquées dans l'étiologie de cette affection (rétrécissements, corps étrangers, augmentation de l'angle colique gauche, invagination, peut-être même constipation essentielle).

(1). — Le NOUENE: *Revue médicale de Normandie*, 10 novembre 1906. (Article « *Enorme prolapsus du Rectum* »).

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Dans la grande majorité des cas, les malades viennent consulter, à cause de la constipation et du ballonnement de l'abdomen (1). Parfois c'est l'existence d'une tumeur dans le ventre qui amène le malade à l'hôpital. (2) Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que la maladie est découverte accidentellement: ainsi, dans un cas de HAWKINS (3), l'enfant entre à l'hôpital pour fracture de côtes; dans un autre cas du même auteur,

(1). — Duval (*obser.* XVII, XVIII, XLII, XXXIII, XXXIV, XXXVII, XXXVIII).

KIEN: *Strassburger med. Zeitung* 1904. I. 128.

PERTHES: *Archiv. f. Klin. Chir.* 1905 LXXVII. I. 42.

(2). — BROOK: *Brit. med. journ.* 1905. I. 1035.

POZZI: *Congrès de Chirurgie.* 1905, p. 782.

MULBERGER: *Zeitschrift für Klin. med.* 1905. LVII. 374.

TUFFIER: *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*,
12 novembre 1907.

(3). — HAWKINS: *Loc. cit.*

le malade, âgé de 48 ans, vient se soigner pour une fracture de la rotule. La malade de MOUGES (1) entra avec le diagnostic de grippe et de congestion hépatique. SCHUCKMANN (2) a découvert, par hasard, la dilatation idiopathique du côlon, chez deux sujets respectivement âgés de 47 et 68 ans qui avaient été admis pour troubles mentaux.

Quoi qu'il en soit, une fois bien constituée, la maladie offre un tableau caractéristique.

Nous étudierons successivement : les signes fonctionnels, les signes physiques et les signes généraux, tels qu'on peut les observer indistinctement chez l'enfant et chez l'adulte.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

Un signe à peu près constant, qui se rencontre 81 fois sur 100, c'est la *constipation*. Cette constipation est opiniâtre, souvent même rebelle à toutes les purgations. Les lavements sont plus efficaces, mais ils ne guérissent pas ; lorsqu'ils sont suivis d'effet, le malade est un instant soulagé ; puis mieux que jamais s'établit une constipation désespérante.

CHEADLE (3) a vu un enfant de 3 ans présenter, depuis l'âge de 3 mois, une constipation non seulement rebelle aux purgatifs, mais encore souvent aux lave-

(1). — MOUGES : *Marseille médical*, 1907, p. 175.

(2). — SCHUCKMANN : *Loc. cit.* et *Deut. med. Woch.* 1907. N° 6.

(3). — CHEADLE : *Duval observ.* XII.

ments qui, administrés au nombre de deux ou trois, restaient retenus; à la malade de TUFFIER (1), pour obtenir une selle, il fallait quelquefois renouveler le lavement jusqu'à cinq, six et sept fois dans la même journée.

Dans d'autres cas, la constipation ne cède à aucun moyen thérapeutique; ce sont alors des alternatives de constipation, de durée plus ou moins longue, et de débâcles diarrhéiques.

OSLER (2) et BERTI (3) ont vu une constipation résister à toute médication; de temps en temps se produisaient des évacuations spontanées sous forme de diarrhée et de vomissements.

En général, le sujet reste deux, trois, huit jours sans aller à la garde-robe; on cite même des cas où il est resté quinze jours, un mois sans selle.

HUGHES (4) rapporte le cas d'un enfant qui n'allait à la garde-robe que tous les 19 jours; CONCETTI (5) celui d'un autre enfant qui, depuis un mois, était constipé; dans un cas de BRISTOWE (6), l'enfant âgé de 8 ans, était resté *sept semaines* sans pouvoir aller à la selle.

(1). — TUFFIER: *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 12 novembre 1907.

(2). — OSLER: *Duval observ.* XXIII.

(3). — BERTI: *Duval observ.* XXIX.

(4). — HUGHES: *Duval observ.* XIII.

(5). — CONCETTI: *Duval observ.* XXXIV.

(6). — BRISTOWE... *Duval observ.* IX.

On a, toutefois, noté des *exceptions* où la défécation se faisait normalement et spontanément : tels, par exemple, ce petit malade d'IBRAHIM qui allait à la garde-robe deux fois par jour, et celui de FUTTERER qui, quotidiennement, présentait trois selles normales et spontanées (1).

La constipation peut exceptionnellement faire place à une diarrhée abondante et à des gaz fétides ; ceci s'observe plutôt à la fin de la maladie et correspond à la période des ulcérations.

GÉE, MYA, CONCETTI (2) ont cependant constaté, dans quelques cas, des gaz abondants et fétides dans le cours même de l'affection.

Ces gaz peuvent atteindre une pression très forte au point de s'échapper de l'anus avec un bruit semblable à un « rugissement » (3).

Leur degré de fétidité peut être non moins intense ; dans un cas de CONCETTI les gaz avaient une odeur si repoussante qu'ils « *empestaient toute la maison* » (4).

Diminution de pression dans l'intestin, diminution de volume et de distension de l'abdomen, tels sont les deux effets consécutifs à cette issue de gaz qui apportent ainsi, du moins momentanément, un soulagement quelquefois très marqué pour le malade.

(1). — IBRAHIM : *Deut. med. Woch.* 1905 XXI. 905.

FUTTERER : *Duval observ.* XI.

(2). — DUVAL *observ.* VII, XVIII et XXXIII.

(3). — WALKER ET GRIFFITH : *Duval observ.* XXV.

(4). — CONCETTI : *Duval observ.* XXXIV.

A côté de ces signes se range un troisième : *les vomissements*.

Les vomissements se rencontrent dans un tiers des cas environ. Tantôt alimentaires, ils peuvent ne se traduire dans certains cas que par le rejet de quelques mucosités verdâtres (1); on cite quelques vomissements fécaloïdes. (2) Ils sont intermittents ou continus tel, par exemple, ce cas d'un enfant de 2 ans et demi qui, depuis l'âge de 3 mois, présentait des vomissements (3).

En général, ils coïncident avec des débâcles diarrhéiques; ils s'observeraient donc surtout à la période ultime de l'affection ou encore dans les cas de mégacôlon caractérisés par des alternatives de constipation et de diarrhée (4).

Un dernier signe vient compléter ce tableau symptomatique: ce sont *les douleurs*; elles existent dans un tiers des cas.

Le plus souvent les douleurs sont abdominales; généralisées ordinairement à tout l'abdomen, elles peuvent être aussi localisées. FITZ rapporte le cas d'une femme de 37 ans qui se plaignait de douleurs lombaires et de douleurs dans la fosse iliaque droite qui lui don-

(1). — DUVAL *observ.* XXVI.

(2). — GAUME: *Duval observ.* X.

François HUE: *La Normandie med.* 1^{er} mai 1907.

(3). — RICHEMONT: *Duval observ.* XXXII.

(4). — DUVAL *observ.* XXXIII. XXXIV et XLVI.

naient la sensation d'une masse (1) ; chez la malade de TUFFIER, les douleurs d'abord généralisées à tout l'abdomen, finirent par se localiser dans l'hypocondre droit (2).

PERTHES a vu un sujet de 15 ans se plaindre de l'*articulation de l'épaule gauche*, sans accuser de douleurs abdominales (*Loc. cit.*)

Légères et supportables dans quelques cas, elles peuvent atteindre un degré d'acuité extrême. Exagérées par la pression, par la constipation et la distension abdominale, elles sont calmées par l'évacuation de l'intestin (3).

Le plus souvent elles sont intermittentes et très vives ; mais elles peuvent être continues ; GRIFFITH mentionne le cas d'un enfant de 3 ans qui, depuis l'âge de 15 mois, époque à laquelle commença la distension abdominale, présentait des douleurs continues (4).

Chez certains malades, les douleurs peuvent se manifester par des crises de coliques accompagnées ou non de borborygmes et de contractions intestinales visibles et tangibles (5), ou bien encore par des crises dou-

(1). — FITZ : *Duval observ.* XLIII.

(2). — TUFFIER : *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 12 novembre 1907.

(3). — HIRSCHSPRUNG : *Duval observ.* XVII.

(4). — GRIFFITH : *Duval observ.* XLVI.

(5). — GAUME : *Duval observ.* X.

loureuses comparables à celles que l'on rencontre dans l'occlusion intestinale (1).

Dans d'autres cas, elles n'apparaissent qu'après l'administration d'un purgatif ou d'un lavement, ou seulement au moment d'aller à la selle.

Signalons enfin le *hoquet*, signe exceptionnel qui a été rencontré deux fois seulement par HIRSCHSPRUNG chez un enfant âgé de 3 ans, et par ROUX DE BRIGNOLLES, chez une femme de 50 ans (2).

SIGNES PHYSIQUES

Inspection. — L'inspection nous fournit un signe d'importance capitale: la *distension abdominale*. Il est pour ainsi dire constant et s'observe 80 fois sur 100 environ.

Ce développement anormal de l'abdomen s'établit, dans la pluralité des cas d'une façon progressive; toutefois on note quelques exceptions; HAWKINS, en effet, chez une femme de 46 ans, ne l'a vu d'abord se montrer que de temps en temps pour aboutir finalement à une distension permanente (3); FITZ l'a vu apparaître brusquement chez un homme de 37 ans (4).

Le plus souvent généralisé et symétrique, ce déve-

(1). — TUFFIER: *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 12 novembre 1907.

(2). — HIRSCHSPRUNG: *Duval observ. XVIII.*

ROUX DE BRIGNOLLES: Article « *Etranglement interne* ».

(3). — HAWKINS: *Loc. cit.*

(4). — FITZ: *Duval observ. XLIII.*

loppement exagéré de l'abdomen s'accroît parfois en un point quelconque, au pourtour de l'ombilic par exemple, dans l'un des flancs ou encore à la partie supérieure de l'abdomen (1).

Ce signe peut exister dès la naissance; l'enfant naît avec un gros ventre qui attire l'attention de l'entourage par son volume inaccoutumé et qui, progressivement, peut atteindre des dimensions fantastiques.

Ainsi HIRSCHSPRUNG, chez un enfant de 7 mois, a constaté un abdomen énorme dont la circonférence mesurait 56 centimètres (2).

CHEADLE a observé chez un enfant de 3 ans, un abdomen très distendu, principalement dans les régions coliques sous-costales, dont la circonférence atteignait 58 centimètres (3).

GRIFFITH (4) rapporte le cas d'un enfant de 3 ans qui, à 5 mois, présentait un développement abdominal progressif qui atteignit bientôt des proportions si élevées que les parents craignirent un instant, que le ventre « ne crevât »; à l'ombilic, la circonférence marquait 63 centimètres, au culmien, 69 centimètres.

Signalons enfin le cas de ce petit nègre, âgé de 10 ans, observé par OSLER; il pesait à peine 22 kilos, mal-

(1). — DUVAL *observ.* XII.

(2). — HIRSCHSPRUNG: *Duval observ.* XV.

(3). — CHEADLE: *Duval observ.* XII.

(4). — GRIFFITH: *Duval observ.* XLVI.

gré un abdomen dont la circonférence finit par mesurer 63 à 80 centimètres (1).

Cette distension énorme s'accompagne généralement de douleurs. Néanmoins, il y a des exceptions; WALKER a vu l'abdomen d'un enfant de 11 ans, déjà distendu d'une façon inaccoutumée dès la naissance, atteindre progressivement un volume considérable sans la moindre douleur, sans le moindre gêne (2).

Les auteurs ne nous donnent pas de dimensions d'abdomen d'adultes; il est probable qu'elles doivent atteindre des chiffres fantastiques, si l'on en juge du moins d'après les expressions qui ont quelquefois servi à qualifier les sujets atteints de cette affection; tel par exemple, ce malade de 28 ans dont le ventre a été comparé à celui d'une femme à terme, et cet homme de 23 ans connu sous le nom « d'homme ballon » ou de « sac d'air » et qui se montrait dans les foires (3).

Ce ballonnement abdominal varie suivant le degré de réplétion de l'intestin; il s'atténue, peut même disparaître temporairement après l'administration d'un lavement ou d'un purgatif (4).

L'inspection nous révèle encore d'autres signes tel le développement d'un *réseau veineux sous-cutané* visible sur la paroi, (5) et la *diastase*, parfois très marquée,

(1). OSLER: *Duval observ.* XXIII.

(2). WALKER ET GRIFFITH: *Duval observ.* XXV.

(3) BRISTOWE et FORMAD. *Duval observ.* V et XXI.

(4) DUVAL *observ.* VII, XIV, XXXIII..

(5) DUVAL *observ.* XXVI.

des muscles droits de l'abdomen observée trois fois par LÉVI, ESCHERICH et SCHÖNSTADT.

Il nous reste à signaler deux signes que l'on observe assez fréquemment : les *anses intestinales visibles* à travers la paroi et les *mouvements péristaltiques* de l'intestin.

Dans la plupart des cas, on voit les anses intestinales se dessiner sous la paroi abdominale (1). Il est parfois possible de reconnaître leur direction et de délimiter les portions dilatées (2).

PERTHES (3) a pu suivre une anse intestinale qui commençait dans la région lombaire gauche et qui se dirigeait vers l'ombilic, puis passait à droite de ce dernier pour descendre de nouveau dans le petit bassin; c'était l'anse sigmoïde; on suivait de même le côlon transverse.

Les mouvements péristaltiques de l'intestin sont souvent très accusés (4); on les rencontre dans un tiers des cas; le massage les exagère (5).

CONCETTI (6) les a vus soulever brusquement la paroi intestinale; ils peuvent être désordonnés et être une cause d'augmentation des douleurs et des crampes abdominales (7).

(1) DUVAL (*observ.* VII, XVIII, XXXIII...)

(2) DUVAL (*observ.* XXXIV et XLVI). — Roth (*Loc. cit.*).

(3) PERTHES. *Archiv. für Klin. Chir.* 1905 LXXVII I. 42.

(4). DUVAL (*observ.* XIII, XV, XXII, XLVI...).

(5) DUVAL (*observ.* XXXIII).

(6) CONCETTI. *Duval observ.* XXXIV.

(7) TRÈVES. *Duval observ.* XLVII.

Palpation. — La palpation, *douloureuse* dans la majorité des cas, nous permet d'apprécier un certain degré de *tension* de l'abdomen. Cette tension, répartie parfois d'une façon inégale, n'est pas permanente et s'atténue souvent après l'évacuation des matières et des gaz de l'intestin. Une pression légère exercée sur l'abdomen peut faire circuler les gaz avec bruit (1). On a vu les parois infiltrées d'œdème (2).

La palpation, jointe à la percussion, nous fait constater dans l'abdomen la présence *d'une tumeur*. Cette tumeur abdominale ou pelvienne a été rencontrée 14 fois environ sur 88 cas.

De siège variable, elle se traduit en général par une masse plus ou moins volumineuse, comparable à une tête de fœtus à terme, dure, ronde, mobile, indolore et mate à la percussion; elle est souvent accessible au toucher rectal qui permet de la soulever; chez la femme, elle est indépendante de l'utérus qui est sensiblement déplacé (3). Dans la majorité des cas elle est

(1). GAUME. *Duval observ.* X.

(2). DUVAL (*observ.* V, XVIII...).

(3) DUVAL (*observ.* X, XXXVII, XL).

POZZI. *Congrès de Chirurgie* 1905 p. 782.

TUFFIER. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris.* 12 novembre 1907.

MÜLBERGER. *Zeitschrift für Klin. méd.* 1905 LVII. 374.

BROOK. *Brit. méd. Journ.* 1905 L. 1035.

unique; quelques auteurs en ont signalé deux (1).

Le plus souvent indolore, cette tumeur peut cependant parfois être douloureuse (2).

Le massage, l'évacuation de l'intestin la fait disparaître momentanément (3); elle reparaît les jours suivants dès que la réplétion de l'intestin s'est effectuée; à la période ultime de la maladie, lorsque la diarrhée a fait place à la constipation, elle disparaît complètement (4). Ce n'est donc qu'une *pseudo-tumeur*, constituée par l'accumulation de matières et de gaz dans une portion dilatée du côlon, pseudo-tumeur qui, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Tous ces modes d'investigation clinique, inspection, palpation, percussion, aidés de l'auscultation et des rayons X, nous révèlent enfin tout un ensemble de signes physiques secondaires qui ne sont en général que le résultat des manifestations que nous venons d'étudier et notamment de la distension abdominale.

(1). — BING. *Lot. cit.*

GAUME. *Duval* observ. X.

(2). — GAUME. *Duval* observ. X.

(3). — KIEN. *Strassburger méd. Zeitung*. 1904. I. 128.

GAUME. *Duval* observ. X.

BITTORF. *Munch. méd. Woch.* 1906 LIII. 265.

(4). — GAUME observ. X. — *N. B.*: Cependant le massage, les évacuations intestinales restent inefficaces lorsque la tumeur est constituée par des matières concrétées formant de véritables calculs stercoraux.

Ces signes, d'ailleurs peu précis à cause de la trop forte dilatation de l'abdomen qui rend toute exploration difficile, peuvent se formuler ainsi : déformations de la poitrine, refoulement et compression des organes abdominaux et thoraciques.

Certains auteurs se contentent de signaler cette modification apportée dans l'organisme (*Perthes*).

D'autres sont plus précis; c'est ainsi que BAGINSKI et MÜLBERGER (1) parlent de foie repoussé, FÜTTERER (2) de poumons remontés, PERTHES et ROUX DE BRIGNOLLES (3) de diaphragme refoulé. Le cœur remonte parfois bien haut; on entend la pointe battre dans le 3^e espace intercostal (4).

Que cette distension chronique et ce refoulement des organes surviennent dans un organisme jeune en voie de développement, comme cela s'observe d'ailleurs le plus souvent, il se produira des *altérations du squelette*; d'où ces modifications de la poitrine signalées

(1). — BAGINSKI. *Berlin. méd. Woch.* 1904 XLI. 1252.

MÜLBERGER. *Zeitschrift für Klin. méd.* 1905 LVII. 374.

(2). — FÜTTERER et MIDDELDORPT. *Duval observ.* XI.

(3). — PERTHES. *Archiv. für Klin. Chirurgie* 1905 LXXVII.
I. 42.

ROUX DE BRIGNOLLES. Article « *Etranglement interne* ».

(4). — FENWICK. *Duval observ.* XXXVIII.

FÜTTERER. *Duval observ.* XI.

KIEN. *Strassburger méd. Zeitung* 1904 I. 128.

par quelques auteurs : cage thoracique évasée, parois déformées, capacité réduite (1).

SIGNES GÉNÉRAUX

La réaction de l'organisme est des plus variables. L'un des signes les plus constants, c'est la *dyspnée* ; sur 88 cas observés on l'a rencontrée 12 fois environ. Elle est due, sans doute, en grande partie à la compression du diaphragme et des poumons ; l'évacuation de l'intestin la modère ou la fait disparaître du moins momentanément.

Cette dyspnée peut revêtir différentes formes : c'est ainsi que WALKER (2) parle de respiration courte, FITZ (3) d'une simple gêne de la respiration ; FUTTERER (4) a observé une simple dyspnée d'effort. Elle peut être influencée par les mouvements, les émotions ; FENWICK (5) rapporte le cas d'un enfant chez lequel la dyspnée devenait embarrassée à la moindre excita-

(1). — FUTTERER. *Duval observ.* XI.

PERTHES. *Archiv. für Klin. Chirurgie* 1905 LXXVII.
I. 42.

FENWICK. *Duval observ.* XXXIII.

(2). — WALKER et GRIFFITH. *Duval observ.* XXV.

(3). — FITZ. *Duval observ.* XLII.

(4). — FUTTERER et MIDDELDORPH. *Duval observ.* XI.

(5). — FENWICK. *Duval observ.* XXXVIII.

tion. Enfin GÉE, ROTH, BAGINSKI ont noté une dyspnée très rapide, difficile, angoissante (1).

Les palpitations, le claquement mitral signalés par FÜTTERER, la faiblesse cardiaque constatée par FAVALLI (2) témoignent un certain degré de réaction cardiaque. Rappelons que la pointe du cœur bat parfois dans le 3^e espace intercostal.

Quelques auteurs ont mentionné des *troubles psychiques*. HAWKINS, notamment, a relevé, chez une femme de 39 ans, un état mental spécial se traduisant par de l'apathie et une somnolence comparable à celle que procure un narcotique (3).

SCHUCKMANN parle également de troubles mentaux dans deux observations concernant une femme de 47 ans et un homme de 68 ans (4).

CONCETTI a noté de la céphalalgie, de la tristesse, de l'agitation (5).

L'appétit est en général mauvais (6). TRÈVES a cependant constaté un appétit excellent chez un enfant

(1). — GÉE. *Duval observ.* VII.

ROTH. *Archiv. für Klin. Chir.* 1906 II p. 125.

BAGINSKI. *Berlin. méd. Woch.* 1904 XLI. 1252.

(2). — FÜTTERER. *Duval observ.* XI.

FAVALLI. *Duval. observ.* I.

(3). — HAWKINS. *The Brit. méd. journ.* 2 mars 1907.

(4). — SCHUCKMANN. *Dent. méd. Woch.* 1907 n° 6 et Loc. cit.

(5). — CONCETTI. *Duval observ.* XXXIII.

(6). — DUVAL *observ.* X, XI, XXV, XLIII...

de 6 ans qui présentait en outre de la sécheresse de la langue et une haleine désagréable (1).

Les urines sont rares, albumineuses ou finissent par le devenir (2). TUFFIER, MULBERGER ont constaté la présence d'indican en quantité assez notable dans les urines de leur malade; de même CONCETTI; la quantité d'indican variait avec la coprostase (3).

Tous ces troubles de l'économie finissent par donner au sujet une physionomie spéciale. Le malade présente, dans la majorité des cas, une faiblesse générale; il est pâle, amaigri; son développement musculaire est faible (4). Dans d'autres cas son facies est grippé ou hypocratique, son teint terreux, les extrémités froides et cyanosées (5), l'amaigrissement extrême allant jusqu'à la cachexie formant un contraste frappant avec la distension abdominale.

L'état général peut être bon et rester tel jusqu'à la mort (6).

Signalons encore *l'œdème*. Outre l'œdème de la paroi abdominale, dont il a déjà été question, le malade pré-

(1). — TRÊVES. *Duval observ.* XLVII.

(2). — DUVAL *observ.* XVIII, XXXVIII, XL...

(3). — TUFFIER. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*,
12 novembre 1907.

MULBERGER. *Zeitschrift für Klin. méd.* 1905 LVII. 374.

(4). — CONCETTI. *Duval observ.* XXXIII.

(5). — DUVAL *observ.* XVIII, XXV, IX...

DUVAL *observ.* X, XXXIII, XLIV...

(6). — HIRSCHSPRUNG. — *Duval observ.* XIV.

GRIFFITH. *Duval observ.* XLVI.

sente parfois un œdème généralisé; sur 87 cas on l'a rencontré trois fois. CONCETTI a vu un enfant de 8 ans qui, à 4 ans, avait présenté de l'œdème des membres (1), FRIEDHEIM, un enfant de 7 ans, chez lequel la face, la peau de l'abdomen et du dos, la peau du scrotum et du pénis, les extrémités étaient envahies par l'infiltration œdémateuse; il constata en plus de l'ascite (2).

Le *thermomètre* nous donne une température plutôt capricieuse. Rare au cours de l'affection, la fièvre s'observerait de préférence à la période ultime et, encore même à cette date elle paraît être le fait d'une complication telle que broncho-pneumonie ou méningite (3).

MYA a constaté chez un enfant une fièvre intermittente coïncidant avec des vomissements, de la diarrhée, de l'agitation et de la dyspnée (4).

Nous n'insisterons pas davantage sur ce symptôme; d'ailleurs les auteurs ne nous donnent que peu de chiffres; ils se contentent de dire qu'il y a fièvre ou non; le plus souvent il n'en est même pas tenu compte. RIETHER a cependant noté 39° quelque temps avant la mort (5).

En résumé on peut dire que le mégacôlon est une af-

(1). — CONCETTI. *Duval observ.* XXXIV.

(2). — FRIEDHEIM. *Dent. méd. Woch.* 1904 XXX. 4. 1385.

(3). — BERTI. *Duval observ.* XXIX et XXX

(4). — MYA. *Duval observ.* XVIII.

(5). — RIETHER, *Duval observ.* XII.

fection plutôt *apyrétique*: la température est dans la majorité des cas au-dessous de la normale.

Il en est autrement du *pouls*; les auteurs insistent davantage sur ce signe et semblent lui attribuer une plus grande importance.

Le pouls et la température ne marchent pas toujours parallèlement; si MÜLBERGER, FITZ (1) ont rencontré parfois une concordance entre ces deux signes, en général cependant ils divergent; le pouls marque 120, 130, 140, 160... pulsations alors que le thermomètre est au-dessous de la normale. CONCETTI parle de pouls petit, rapide sans fièvre (2); ROTH, STIRNIMANN, KIEN de pouls rapide et de respiration accélérée; HAWKINS et TORREL de pouls rapide et extrêmement faible. Dans le cas de François HUE (3) le pouls était introuvable, le thermomètre marquait 36°.

Enfin, PERTHES, ROUX DE BRIGNOLLES ont constaté un pouls lent et petit; le cas rapporté par PERTHES concernait un sujet de 15 ans; le pouls battait à 42 pulsations (4).

A la période ultime de l'affection, l'état général du malade est le plus souvent des plus déplorables; sa fin est annoncée par une faiblesse extrême, de la cachexie,

(1). — MÜLBERGER, *Zeitschrift für Klin. méd* 1905 LVII 374
FITZ, *Dural observ.* XLIV.

(2). — CONCETTI, *Dural observ.* XXXIII.

(3). — François HUE, *Normandie méd.* 1^{er} mai 1907.

(4). — PERTHES, *Loc. cit.*

ROUX DE BRIGNOLLES. Article « *Etranglement interne.* ».

de l'hyperthermie ou de l'hypothermie; le pouls est faible, rapide, souvent incomptable; la respiration est accélérée, anxieuse, superficielle; les traits sont tirés, une diarrhée fétide fait place à la constipation opiniâtre; les extrémités se cyanosent et se refroidissent; le sujet meurt dans le coma (1).

Le coma est parfois interrompu par des crises épileptiformes comme l'a observé une fois PERTHES (*Loc. cit.*). BERTI a constaté de la broncho-pneumonie (2); MÜLBERGER de l'ictère (3).

(1). — DUVAL *observ.* VII, X, XXXIII, XLVII..

(2). — BERTI, *Duval observ.* XXX.

(3). — MÜLBERGER, *Zeitschrift für Klin. méd.* 1905 LVII. 374.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de mégacôlon paraît relativement facile étant donné que peu d'affections présentent les trois symptômes capitaux qui caractérisent la dilatation idiopathique du gros intestin et qui sont : la *constipation*, la *distension abdominale* et les *mouvements péristaltiques* des anses intestinales dilatées et visibles sous la paroi abdominale tendue. D'ailleurs sur 88 cas de mégacôlon on ne relève que peu d'erreurs de diagnostic ; ce sont les suivantes :

1° Chez l'enfant.

BRISTOWE (*Dural observ. LX*) diagnostiqua une péritonite tuberculeuse.

HUGHES (*Dural observ. XIII*) diagnostiqua une colite aiguë simple.

GENERICH (*Dural observ. XXVI*) diagnostiqua un gros ventre de rachitique.

POZZI (*Congrès de Chirurgie 1905*, p. 782), sur un sujet de 17 ans, porta successivement le diagnostic de... Kyste, abcès...

2° Chez l'adulte

RICHARDSON (*Duval observ. XLVIII*) diagnostiqua une appendicite.

BROOK (*Brit. med. journ. 1905 I. 1035*) une tumeur solide de l'ovaire.

TUFFIER (*Bulle. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 12 novembre 1907) un kyste dermoïde de l'ovaire.

Une affection qui semble avoir davantage prêté à l'erreur et notamment chez l'adulte, c'est l'*occlusion* ou *obstruction intestinale*.

Chez l'enfant :

HAWKIN (*Loc. cit.*), GÉE (*Duval observ. VIII*).

TORKEL (*Dent. méd. Week. 1905 XXXI. 344*).

François HÜE (*La Normandie méd. 1^{er} mai 1907*. Communication à la société de médecine de Rouen. Séance du 15 avril 1907), ont porté le diagnostic d'*occlusion intestinale, d'invagination chronique*.

Chez l'adulte :

BANKS (*Duval observ. II*) diagnostiqua : *occlusion intestinale*.

BRISTOWE (*Duval observ. IV*) diagnostiqua *occlusion intestinale*.

WOOLMER (*Duval observ. XXVII*) diagnostiqua *Occlusion intestinale*.

FITZ (*Duval observ. XLIV*) diagnostiqua *occlusion intestinale*.

SCHUCKMANN (*Loc. cit.*) diagnostiqua occlusion intestinale.

ROUX DE BRIGNOLLES (Article « *Etranglement interne* ») diagnostiqua étranglement interne.

Soit six diagnostics d'occlusion intestinale sur 24 cas de mégacôlon observés chez l'adulte.

Signalons enfin l'erreur de BERTI (*Duval observ. XXIX*) ; il s'agit d'un enfant de 13 mois qui, en peu de jours, mourut avec tous les symptômes d'une pneumonie et d'une méningite qui égarèrent le diagnostic de Berti qui conclut d'ailleurs dans ce sens.

La péritonite tuberculeuse, sur quelques points, ressemble au mégacôlon ; nous allons comparer les diverses formes de cette affection avec la dilatation idiopathique du gros intestin.

1° Dans la *forme ascitique* de la tuberculose péritonéale, on observe également une distension abdominale plus ou moins considérable, des alternatives de constipation et de diarrhée, des phénomènes généraux assez marqués ; mais ce qu'on ne rencontre que très exceptionnellement dans le mégacôlon, c'est l'ascite se traduisant par de la matité et de la fluctuation. Toutefois, FRIEDHEIM (*Deut. med. Wech.* 1904, XXX, 4, 1385), a noté de l'ascite dans un cas de dilatation congénitale du côlon ; FUTTERER a très nettement éprouvé une sensation de flot avec submatité au-dessus du pubis et dans les fosses lombaires dans un autre cas (*Duval observ. XI*) ; ces deux exceptions ne suffisent pas toutefois à égarer le diagnostic.

Lorsque l'ascite est enkystée, la percussion révèle,

comme dans les cas de mégacôlon où l'on constate la présence d'une tumeur, du tympanisme abdominal circonscrivant une zone de matité, occupant en général la région péri-ombilicale ou épigastrique; mais les signes de tuberculose pleuro-pulmonaire qui accompagne dans la plupart des cas la péritonite tuberculeuse, permettront de trancher le diagnostic.

La pleurésie coïncide en effet souvent avec la lésion péritonéale surtout dans la tuberculose miliaire péritonéale dont le début est marqué par des vomissements bilieux, une fièvre élevée et irrégulière, de la fréquence du pouls, des sueurs abondantes, de la dyspnée, du météorisme douloureux du ventre. Quand il y a de la tuberculose péritonéale, il y a toujours (*Loi de Godelier*), tuberculisation de l'une des deux plèvres se manifestant par de la pleurésie, ou se bornant à de la simple submatité d'une base, ou à quelques frottements.

Cliniquement, cependant, bien des cas de péritonite tuberculeuse ascitique ne s'accompagnent pas de tuberculose pleuro-pulmonaire, et la meilleure preuve en est l'influence heureuse de la laparatomie dans la péritonite tuberculeuse ascitique.

Dans la péritonite tuberculeuse on ne rencontre pas les phénomènes de pseudo-occlusion si fréquents dans le mégacôlon et de plus la présence d'ascite remplissant la cavité abdominale ne s'observe qu'accidentellement dans la dilatation congénitale du côlon.

2° La *forme fibro-caséuse* se rapproche du mégacôlon par des alternatives de constipation et de diarrhée, et par une distension douloureuse de l'abdomen, mais s'en

sépare par son évolution qui s'effectue par poussées successives avec phénomènes généraux marqués, par ce mélange irrégulier de zones mates et sonores, et cette perception de gâteaux si caractéristiques dans cette forme de péritonite tuberculeuse.

3° Enfin la variété *fibro-adhésive* surtout peut induire en erreur d'autant plus qu'elle peut se compliquer d'occlusion intestinale. Comme dans le mégacôlon, le ventre est ballonné, de consistance ferme, le tympanisme très marqué, la surface sonore s'accroît progressivement, l'ascite se résorbe; mais au palper on sent de petites masses dures répondant à des gâteaux péritonéaux ou à des nodosités épiploïques en voie de diminution; en outre, cette forme a eu souvent un début ascitique.

L'appendicite aiguë se distinguera du mégacôlon par la triade symptomatique de Dieulafoy, à savoir: le point douloureux de Mac-Burney, l'hypéresthésie, et la défense musculaire.

L'appendicite chronique surtout peut créer des difficultés de diagnostic. Quand il s'agit d'une appendicite chronique à répétition consécutive à une crise aiguë, il peut être encore assez facile de se prononcer en se basant sur les antécédents du malade; mais on hésite davantage lorsqu'on a affaire à cette forme chronique d'emblée qui se manifeste par de la constipation ou des alternatives de constipation et de diarrhée, par du ballonnement du ventre, de l'anorexie, des vomissements, des douleurs abdominales. Ce qui permettra d'établir la distinction, c'est que, dans l'appendicite chronique

d'emblée, tous ces symptômes sont moins accusés que dans la dilatation idiopathique du côlon ; si le ventre est ballonné, il n'est pas volumineux, les vomissements se reproduisent avec une facilité remarquable ; en outre tous ces troubles, parfois périodiques, surviennent souvent à la suite d'un écart de régime, à la suite d'une fatigue ou d'un refroidissement. Enfin, dans l'appendicite chronique la douleur, bien que souvent généralisée à l'abdomen, est toujours maxima à la pression dans la fosse iliaque droite et notamment au point de Mac-Burney.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade qui présente tous les signes d'une crise aiguë d'occlusion intestinale (douleurs abdominales, ballonnement du ventre, arrêt des matières et des gaz, vomissements, etc...), s'agit-il d'une *occlusion vraie* ou d'une *pseudo-occlusion*, telle qu'on l'observe dans la dilatation congénitale du côlon ?

Si l'on a devant soi un enfant âgé de moins de 4 ans, la distinction est encore assez facile ; à cet âge, l'occlusion intestinale vraie, due en règle générale à une invagination, se manifeste par une diarrhée sanglante caractéristique ; le ballonnement du ventre est pour ainsi dire nul ; l'issue de l'invagination par l'anus est relativement fréquente. Dans la mégacôlon au contraire, la distension abdominale est considérable et quand la diarrhée fait place à la constipation, cette diarrhée n'est jamais sanguinolente.

Au-dessus de 4 ans, le diagnostic peut être hérisé

de difficultés et notamment chez l'adulte. Dans la première enfance, chez l'adolescent même on peut encore rencontrer ces selles sanglantes et cette issue par l'anus de l'invagination; chez l'adulte, ces caractères ne se retrouvent plus, les douleurs abdominales, le ballonnement du ventre, les auses intestinales visibles sous la paroi et animées de mouvements peristaltiques, la constipation, les vomissements s'observent comme dans le mégacolon. Toutefois, l'occlusion intestinale vraie se distinguera de celle de la dilatation idiopathique du gros intestin par son début souvent brutal, ses douleurs violentes qui arrachent des cris au malade, par l'arrêt des matières et des gaz qui est plus absolu, par les vomissements qui deviennent rapidement fécaloïdes.

L'erreur est encore plus fréquente lorsque la crise aiguë est consécutive à une *occlusion chronique* ou lorsqu'on a affaire seulement à cette variété d'occlusion dont les manifestations sont à peu de choses près celles du mégacolon. Toutefois, la distinction n'est pas absolument impossible; dans l'occlusion intestinale chronique le ballonnement du ventre n'apparaît que tardivement et seulement lorsqu'il y a constipation; les vomissements sont fréquents, les douleurs procèdent par crises; dans la moitié des cas, les selles sont encore sanglantes, ou muco-sanguinolentes, l'issue de l'invagination par l'anus s'observe dans les deux tiers des cas, au moins chez l'enfant; enfin, tandis que dans le mégacolon, les lavements, les purgatifs, lorsqu'ils sont suivis d'effet, amènent un soulagement, dans l'occlusion intestinale chronique ils exercent au contraire, dans la

majorité des cas, une influence fâcheuse; ils suscitent de violentes coliques accompagnées d'efforts infructueux et de vomissements, ou bien de selles dysentériques avec ténésme intense.

Les *tumeurs de l'intestin* peuvent aussi être une cause d'erreur. Au début de leur évolution, on rencontre en effet tous les signes du mégacôlon : douleurs abdominales, ballonnement du ventre, constipation ou alternatives de constipation et de diarrhée, anorexie, amaigrissement; puis apparaît la tumeur; mais il ne faut pas croire que ce nouveau symptôme suffise à éclairer le diagnostic. Dans le mégacôlon on rencontre également des pseudo-tumeurs qui peuvent en imposer pour une véritable tumeur de l'intestin. C'est plutôt en se basant sur l'évolution de la maladie qu'on pourra établir la distinction. Il s'agira vraisemblablement de tumeur, lorsque toutes ces manifestations surviendront chez un individu dont la santé aura toujours été florissante et notamment chez un individu d'un certain âge.

L'entérite tuberculeuse se distinguera du mégacôlon par une diarrhée profuse, 10 à 15 selles par jour; la constipation ou les alternatives de constipation et de diarrhée sont l'exception; par le ballonnement du ventre qui est ici exceptionnellement volumineux; par l'absence de mouvements péristaltiques des anses intestinales.

Lorsque l'entérite tuberculeuse est associée à la *tuberculose des ganglions mésentériques*, l'apparition d'une tumeur abdominale peut parfois créer de véritables causes d'erreur. L'état général du sujet, les lésions

pulmonaires possibles, la marche de l'affection seront, en pareil cas, d'un précieux secours.

La colite aiguë simple se reconnaîtra à la présence, dans les selles, de mucosités, de fausses membranes ou de sable, à la diffusion des douleurs qui, sous forme de coliques intestinales, apparaissent avant d'aller à la selle.

Il faut enfin se méfier du *gros ventre de rachitique*, d'autant plus que le rachitisme si fréquent chez l'enfant, s'est trouvé parfois associé à la dilatation idiopathique du côlon (*Ducal observ. XL.*) Les déformations osseuses du crâne (tête volumineuse, front olympien, asymétrie de la face, strabisme), les déformations du thorax (thorax en carène, chapelet rachitique); les déformations des membres (incurvation des os, tibias en lame de sabre, nouures épiphysaires, etc.,) trancheront le diagnostic.

D'ailleurs, en cas de doute, la *radiographie* et surtout la *diaphonoscopie*, au moyen d'une lampe électrique introduite par l'anus, peuvent rendre de réels services. C'est grâce à elle que SCHREIBER (1) chez une femme de 20 ans, et NEUGEBAUER (2) chez un enfant de 12 ans, ont pu poser avec sûreté leur diagnostic. On introduit dans le rectum une sonde de Kühn, sonde en gomme, munie d'un mandrin métallique flexible qui soit assez ferme pour ne pas se recourber sur lui-même

(1). — SCHREIBER. *Archiv. für Verdanngs Krank.* Vol. XIII
p. 2 1907.

(2). — NEUGEBAUER. *Loc. cit.*

dans l'ampoule ou le côlon pelvien, et assez malléable pour se prêter aux sinuosités de l'intestin ; puis on fait radiographier le sujet. En cas de dilatation congénitale du côlon, la sonde pénètre facilement et permet de mesurer l'étendue de la dilatation et la situation anormale de l'anse distendue.

CHAPITRE V.

EVOLUTION

Le mégacôlon suit le plus souvent une *marche lente et progressive*. L'enfant naît constipé; l'expulsion du méconium, c'est-à-dire la première selle, doit être ordinairement provoquée soit par lavements, soit par l'introduction d'un doigt dans le rectum (1). Elle est fréquemment tardive et plusieurs lavements sont parfois nécessaires, tel le cas de CONCETTI où la première évacuation de l'intestin n'eut lieu que le quatrième jour de la naissance après quelques lavements; dans une autre cas du même auteur, elle n'eut lieu que le cinquième jour (2).

A cette constipation persistante vient s'ajouter la distension abdominale qui fait son apparition à une

(1). — DUVAL *observ.* XVI, XVII, XVIII...

(2). — CONCETTI. *Duval observ.* XXXIII et XXXIV.

date plus ou moins variable; c'est ordinairement vers le troisième mois après la naissance qu'elle se manifeste. Toutefois elle peut être précoce et apparaître dans les premières heures de la vie extra-utérine (1).

RICHEMOND (2) a vu cette dilatation abdominale donner lieu à des difficultés lors de l'accouchement; cette distension s'était donc effectuée pendant la vie intra-utérine.

La constipation et la distension abdominale continuent à évoluer progressivement et parallèlement; peu à peu les autres signes apparaissent, le tableau symptomatique se complète, la mort survient à une époque plus ou moins éloignée.

Cette évolution progressive peut cependant être interrompue soit par des crises d'obstruction plus ou moins aiguës qui peuvent emporter le malade, soit par des débâcles diarrhéiques spontanées qui viennent un instant soulager le sujet, suspendre momentanément la marche de l'affection au point de faire croire à la guérison; mais ce n'est là qu'un mieux trompeur et bientôt les symptômes apparaissent de nouveau avec plus d'intensité; le terme fatal n'est simplement que retardé; aucun auteur ne signale *de régression spontanée*.

La durée de l'évolution est des plus variables; dans quelques cas, la mort est rapide; elle peut survenir dans les 24 heures. FAVALLI rapporte le cas d'un sujet de 50 ans qui fut emporté au bout de 16 heures (3). Les en-

(1). — DUVAL *observ.* XL, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXXIII

(2). — HOBBS et RICHEMOND. *Duval observ.* XXX.

(3). — FAVALLI. *Duval observ.* I.

fants meurent d'habitude très jeunes dans un état d'amaigrissement extrême. On cite enfin des cas de mort subite (1). C'est ce qu'on pourrait appeler la *forme suraiguë*.

A côté de cette forme se place une *forme aiguë*; son évolution est aussi fatale mais moins brutale; les symptômes généraux, les accidents graves se manifestent plus tardivement; le sujet résiste quelques années.

Mais il existe aussi une *forme chronique d'emblée compatible avec la vie*. On rencontre en effet des malades qui ont pu vivre avec la maladie de Hirschsprung jusqu'à un âge plus ou moins avancé (50, 68 ans). Ce sont ces cas où la constipation et la distension abdominale, bien qu'existant depuis la naissance, cèdent momentanément sous l'influence des purgatifs ou des lavements. A un moment de leur existence, ces malades ont pu présenter des phénomènes généraux graves voire même de légères crises d'obstruction, mais une débâcle diarrhéique bienfaisante survenue spontanément ou provoquée par un lavement ou un purgatif, est venu parer à un danger qui semblait imminent.

La *terminaison* habituelle est la mort; les causes de la mort sont multiples, d'après une statistique établie par TUFFIER, elles se répartissent ainsi :

Sur 56 cas de mort,

26 ont été causés par obstruction intestinale;

11 — — par colite;

(1). — DUVAL *observ.* XXV, XLV...

8	—	—	par thérapeutique chirurgicale;
2	—	—	par pneumonie;
1	—	—	par asystolie;
3	—	—	par mort subite;
3	—	—	par une cause inconnue;
1	—	—	par cachexie.

Voici, d'autre part, une seconde statistique établie par nous :

I. — Chez l'adulte :

Sur 24 cas de mégacôlon, nous relevons 14 morts, ainsi répartis :

5 sont morts d'obstruction intestinale;

4 » de cause inconnue;

3 » par thérapeutique chirurgicale;

1 » de colite;

1 » de mort subite.

II. Chez l'enfant :

Sur 64 cas de mégacôlon nous relevons 42 morts :

Soit 7 morts de cause inconnue.

10 » d'obstruction intestinale.

10 » par thérapeutique chirurgicale.

5 » de colite.

4 » de cachexie.

2 » de diarrhée fétide.

1 » de pneumonie double et congestion méningée.

1 » de méningite.

1 » de mort subite.

1 » de perforation intestinale et péritonite.

Et si l'on considère la dilatation idiopathique du gros intestin indistinctement chez l'enfant et chez l'adulte, on arrive au résultat suivant :

Sur 88 cas de mégacôlon nous comptons 56 morts dont 15 morts d'obstruction intestinale.

13	»	par thérapeutique chirurgicale.
11	»	de cause inconnue.
6	»	de colite.
4	»	de cachexie.
2	»	de diarrhée fétide.
2	»	de mort subite.
1	»	de pneumonie.
1	»	de méningite.
1	»	de péritonite.

PRONOSTIC

En se basant sur les statistiques précédentes, la mortalité, chez l'enfant et chez l'adulte indistinctement, s'élève environ à 60 ou 63 pour cent.

La dilatation idiopathique du gros intestin est donc une affection *très grave* surtout si on l'abandonne à elle-même ; dans ce cas le pronostic est fatal ; la mort survient dans un délai plus ou moins éloigné, mais elle est inévitable ; comme nous l'avons vu au début de ce chapitre, elle peut être rapide et emporter le malade dans les 24 heures. La possibilité de la *mort subite*, par compression des organes (poumons, cœur, diaphragme...), bien que rare, vient encore assombrir le pronostic.

Des symptômes généraux précoces et accusés, une constipation et une distension abdominale progressivement croissantes et absolument rebelles à toute médication, annoncent une fin prochaine.

Des crises d'obstruction répétées dénotent une forme grave.

Les enfants meurent en général très jeunes, soit d'occlusion intestinale chronique avec cachexie stercorémique, soit d'occlusion intestinale aiguë avec issue fatale dans les 48 heures ; ou bien, ce qui n'est pas rare, c'est une maladie intercurrente (grippe, rougeole...) qui les emporte (1).

Le mégacôlon est sans doute une affection très grave, mais n'est cependant pas incurable. Une thérapeutique appropriée et appliquée en temps opportun peut avoir sur son évolution une influence des plus heureuses et amener même la guérison. Le traitement chirurgical notamment, nous réserve des surprises pour l'avenir, comme nous le montrent les chiffres suivants :

(1). — TUFFIER. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*,
12 novembre 1907.

ADULTES : Cas observés, 24

Pas de Traitement	Mort	Guérison	Mortalité
5	5	0	100 s. 100
Traitement médical 6	5	1 (Schreiber)	80 %
Traitement chirurgical 13	4	9	33 %

ENFANTS : Cas observés, 64

Pas de Traitement	Mort	Guérison	Mortalité
7	7	0	100 s. 100
Traitement médical 34	24	4 Guéris. complètes 5 Améliorations 1 Indéterminé	72 %
Traitement chirurgical 23	9	14	40 %

En résumé, si on abandonne la maladie à elle-même, la mort est fatale; le traitement médical compte quelques succès, mais il n'est pas suffisant; comme nous le verrons dans le chapitre suivant ses succès, ne sont, le plus souvent, qu'une amélioration passagère. Le traitement chirurgical est le traitement de choix; la mortalité est réduite de moitié. Il nous reste à montrer en quoi consiste ce traitement.

CHAPITRE VI

¹ TRAITEMENT

Deux modes de traitement sont à la disposition du praticien : 1° *le traitement médical*; 2° *le traitement chirurgical* qui a une réelle valeur et sur lequel nous insisterons davantage.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Il consiste à produire l'évacuation des matières fécales et des gaz à l'aide des purgatifs, des lavements, des lavages intestinaux, du massage, de l'électricité, des suppositoires d'une sonde rectale, etc...

Les purgatifs donnent très rarement un résultat positif; les lavements, au contraire, produisent presque toujours un soulagement temporaire à condition toutefois, qu'ils soient fréquemment répétés.

Les grands lavages de l'intestin, à l'eau boriquée tiède, par exemple, à l'aide d'une sonde molle en caoutchouc, introduite le plus haut possible dans le rectum, rendraient de réels services.

Le massage, l'électricité, les suppositoires, l'emploi de la strychnine à l'intérieur en réveillant les contrac-

tions intestinales, une alimentation réglée et choisie ne peuvent que favoriser l'action des purgatifs, des lavements.

Tous ces moyens n'ont qu'une valeur *palliative*; on en fait usage au début du traitement pour éviter une intervention sanglante, ou avant une opération en attendant une amélioration de l'état général du malade.

Les cas de guérison plus ou moins complète sont très peu nombreux; si l'on se rapporte au tableau exposé dans le chapitre précédent, on voit que sur 6 cas d'adultes soumis au traitement médical un seul fut suivi de succès (*Schreiber*) (1); sur 34 enfants on ne constate que 4 guérisons obtenues au moyen de lavements par *Cheadle*, *Hirschsprung*, *Concetti* et *Lévi* (2) qui mit son petit malade à la diète, lui appliqua une ceinture abdominale et le traita par le calomel, la noix vomique, les lavements, le massage et l'électricité.

À côté de ces 4 guérisons, on relève 5 améliorations obtenues par *Hirschsprung*, *Mya*, *Fitz* et *Ibrahim* (3).

(1). — SCHREIBER. *Archiv. für Verdaungs.* vol. XII. p. 2. 1907.

(2). — CHEADLE. *Duval observ.* XII.

HIRSCHSPRUNG. *Duval observ.* XVII.

CONCETTI. *Duval observ.* XXXIV.

LÉVI. *Ann. Gynéc. et Ped. Boston* 1904 XVII. 10.

(3). — HIRSCHSPRUNG. *Duval observ.* XIX.

MYA. *Duval observ.* XXVII.

FITZ. *Duval. observ.* XLII.

IBRAHIM. *Dent. méd. Woch.* 1905. XXI. 905.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical a été appliqué plus tard et ce n'est qu'aux trois dernières années qu'on le voit supplanter définitivement l'emploi des purgatifs, le massage et les lavements.

Nous allons exposer les différents procédés chirurgicaux qui ont été successivement mis en honneur.

1° PONCTION INTESTINALE. La ponction intestinale a été pratiquée dans 4 à 5 cas. Chez un enfant de 3 ans MARTIN fit d'abord deux laparatomies exploratrices et quinze jours après cette seconde intervention, il ponctionna l'intestin au trocart; l'enfant succomba à une péritonite consécutive à une perforation intestinale (1).

HIRSCHSPRUNG fit une ponction au trocart sur un enfant de 6 mois, d'ailleurs sans accident; trois ou quatre semaines après, l'enfant succombe à la cachexie (2).

RICHEMOND pratiqua une ponction capillaire sur un enfant de 2 ans; la distension abdominale, qui était très forte, s'atténua; il y eut une amélioration notable: Richemond devait en profiter pour tenter une intervention plus radicale, mais l'enfant fut perdu de vue (3).

Chez l'adulte, Pajot obtint un succès passager; le malade se trouva soulagé au point de refuser tout autre traitement; il quitta l'hôpital, retourna à ses habitudes alcooliques; il y entra de nouveau avec une forte dis-

(1). — MARTIN. *Duval observ.* XXXIX.

(2). — HIRSCHSPRUNG. *Duval observ.* XV.

(3). — RICHEMOND. *Duval observ.* XXXII.

tension abdominale; on lui appliqua une sonde rectale; il mourut huit jours après (1).

Enfin FITZ eut un succès prolongé. Chez un malade de 40 ans; il fit ensuite une résection du côlon ectasié; le malade succomba à une péritonite septique (2).

La ponction intestinale, en somme, peut être employée dans les cas de très forte distension abdominale et au même titre que les purgatifs et les lavements, c'est-à-dire pour amener une amélioration passagère et servir de premier temps à une intervention plus radicale.

2° COLOTOMIE ET COLOSTOMIE. — La *Colotomie simple* a été pratiquée chez l'adulte une fois par BROOK, une fois par HAWKINS et une fois par TUFFIER.

BROOK (3) procéda ainsi : après avoir fait la laparatomie, il introduisit un ostéotome pour briser la concrétion à l'aide d'un forceps lithotome; il morcela en trois pièces cette concrétion formée par une agglomération de fibres végétales, puis les enleva, l'une après l'autre; il fit une suture au catgut en rétrécissant l'anse sigmoïde dilatée; pas de drainage; le malade sortit complètement guéri de l'hôpital; tous les jours il allait à la garde-robe en se faisant masser et en prenant un purgatif une fois par semaine.

(1). — PAJOT. *Duval observ.* XX.

(2). — FITZ. *Duval observ.* XLIV.

(3). — BROOK. *Brit. méd. journ.* 1905 I. 1035.

HAWKINS (1) obtint un échec; la coltomie détermina l'issue d'une quantité considérable de matières fécales liquides; la malade, âgée de 39 ans, succomba le jour suivant.

TUFFIER (2), chez une jeune fille de 20 ans, dut recourir à l'entérotomie pour extraire de l'intestin, un énorme calcul stercoral pesant 1 kil. 455 (20 février 1907). La malade guérit sans la moindre complication et, après le dixième jour, on lui administra, tous les deux jours, de grands lavements avec une longue canule, puis de l'huile de ricin; on put ainsi vider le côlon d'une quantité énorme de matières stercorales fétides. La malade sortit le 17 mars. On sentait encore dans l'abdomen la tuméfaction constituée par le côlon, dont on pouvait suivre de temps en temps le péristaltisme.

Un mois après, cette femme rentrait de nouveau à l'hôpital, très améliorée sur son état antécédent, mais ayant encore, de temps en temps, des crises douloureuses intestinales et une constipation en tout semblable à celle qu'elle avait avant l'extraction de son corps étranger; et de fait on sentait par la palpation l'anse distendue. TUFFIER, dans une seconde laparatomie, fit, du reste avec succès, comme nous le verrons plus loin, une *entéro-anastomose avec coloplication*.

(1). — HAWKINS. *The Brit. méd. journ.* 2 mars 1907.

(2). — TUFFIER. *Communication à la Société de Chirurgie de Paris*, 6 novembre 1907.

WOOLMER (1) fit précéder la *colostomie* d'une colopexie haute; le succès fut complet, le malade, âgé de 42 ans, allait chaque jour à la selle spontanément; plus tard son état ne fit que s'améliorer.

SCHUCKMANN (2) à cause de l'ignorance de la cause et de la nature de la sténose, créa d'abord un anus artificiel; le côlon descendant, très dilaté, fut immédiatement fixé et ouvert largement; cette colotomie donna lieu à une issue de matières en grande quantité qui persista toute la journée par la plaie largement drainée; le ballonnement du ventre diminua, mais le lendemain, le malade, âgé de 68 ans, mourait subitement.

GRIFFITH, OSLER et HAWKINS ont pratiqué la colotomie ou la colostomie simple chez l'enfant.

Le résultat fut négatif pour HAWKINS (3) de même pour GRIFFITH qui fit une colotomie inguinale (*Duval observ. XLVI*).

OSLER (*Duval observ. XXIII*) après avoir fait la laparatomie créa un anus contre nature qui fut suivi de succès; 9 jours après l'opération l'enfant se leva, l'appétit et la nutrition s'améliorèrent, le tympanisme disparut; l'anus artificiel fonctionnait parfaitement.

GOUREVITCH (4), chez un enfant de 15 mois, après avoir essayé le traitement médical, fit une colotomie abdominale; la tumeur fécale fut enlevée; il fixa en-

(1). — WOOLMER. *Duval observ. XXXVII*.

(2). — SCHUCKMANN. *Loc. cit.*

(3). — HAWKINS. *The Brit. méd. journ.* 2 mars 1907.

(4). — GOUREVITCH. *Prager méd. Woch.* 1904 XXIX. 607, 623.

suite l'intestin à la paroi et le lendemain, à ce niveau, il établit un anus artificiel; l'enfant succomba.

3° COLOPEXIE. — La *colopexie* a été faite chez l'adulte, deux fois par WOOLMER et une fois par RICHARDSON.

WOOLMER, chez un sujet de 28 ans, après avoir obtenu une amélioration passagère par le traitement médical, fit une laparatomie exploratrice et une colopexie; il sutura l'intestin à la paroi au niveau de la fosse iliaque; la guérison fut complète et définitive.

Dans un autre cas WOOLMER pratiqua une colopexie haute suivie de colostomie; le résultat fut des plus satisfaisants (1).

RICHARDSON de Boston fit successivement cinq laparatomies: dans la 1^{re} il pratiqua l'appendicectomie, dans le 2^e une colectomie, la 3^e fut une laparatomie exploratrice, la 4^e fut une colopexie, la 5^e fut une nouvelle colectomie qui fut couronnée de succès (2).

Il convient de mentionner ici un succès récent de ROUX DE BRIGNOLLES (3), chirurgien des Hôpitaux de Marseille. Il s'agit d'une femme de 50 ans. Roux de Brignolles après laparatomie préalable, ponctionna l'intestin, fixa le côlon descendant à la paroi antéro-latérale de l'abdomen et fit un second point au-dessous de l'angle du côlon transverse et du côlon descendant;

(1). — WOOLMER. *Duval obser.* XXXVI et XXXVII.

(2). — RICHARDSON. *Duval observ.* Duval observ. XLVIII.

(3). ROUX DE BRIGNOLLES. *Gazette méd. de Paris.* n° 40, octobre 1903.

la guérison fut définitive après un traitement complémentaire qui consista en séances de massage et de courants continus.

Citons enfin le succès de FRIEDHEIM (1) qui pratiqua une seule fois la colopexie chez un enfant de 7 ans.

4° COLECTOMIE. — Chez l'adulte, la *colectomie* a été pratiquée deux fois sur le même sujet par RICHARDSON de Boston, d'ailleurs avec succès (*Duval observ. XLV. III*).

FITZ, dans un cas rapporté par Duval (*observ. XLIII*) fit d'abord l'appendicectomie, puis la résection du côlon pelvien très dilaté qui fut suivie de succès; la convalescence et les suites éloignées furent parfaites.

FITZ, après avoir tenté une ponction intestinale, pratiqua une seconde colectomie chez un malade de 40 ans qui succomba d'ailleurs à une péritonite septique (*Duval observ. XLIV*).

HAWKINS (2) chez une femme de 46 ans, a obtenu un succès passager par la résection du côlon pelvien ectasié; la guérison définitive nécessita deux autres interventions: une rectification de l'anse qui s'était tordue et une fixation de l'anse dilatée pour prévenir une torsion dans l'avenir. Chez l'enfant TRÈVES et ROTH n'eurent que des résultats satisfaisants.

TRÈVES (3), après avoir soumis sa petite malade de 6

(1). — FRIEDHEIM. *Dent. méd. Woch.* 1904 XXX. 4. 1385.

(2). — HAWKINS. *Loc. cit.*

(3). — TRÈVES. *Duval observ. XLVII*.

ans au traitement médical, pratiqua la laparatomie qui conduisit à une anse énorme du côlon ressemblant à un estomac d'adulte et paraissant remplir tout l'abdomen. Cette anse fut vidée de ses gaz par une petite incision; Trêves agrandit ensuite l'orifice de cette *colotomie* et y introduisit le doigt pour explorer la cavité.

Il fit ensuite pénétrer une canule par l'anus jusqu'à la portion dilatée, espérant supprimer ainsi la dilatation colique dans le cas où il parviendrait à laisser cette canule à demeure.

Il ferma la colotomie, puis il pratiqua la *colopexie* en prévision d'un anus artificiel; il espérait que cette fixation de l'intestin empêcherait une coudure de l'anse. Pendant quelques jours l'abdomen ne fut pas distendu; on obtint une évacuation rectale; mais bientôt la canule fut bouchée; Trêves la retira au bout de sept jours et créa un anus artificiel. Pendant 9 mois, l'anus fonctionna parfaitement; la distension disparut ainsi que les douleurs; il était cependant difficile de maintenir l'anus artificiel ouvert.

Dix mois après cette première opération, Trêves fit une incision elliptique de la peau et la résection de l'anus artificiel; le côlon avait des dimensions moindres que lors de la première laparatomie; l'orifice inférieur du sac colique était encore perméable; le côlon droit était normal et le mésocôlon transverse était libre. Voyant la possibilité d'amener l'angle splénique à l'anus, Trêves fit une *colectomie totale* descendante intéressant les portions iliaques et pelvienne du côlon, et la partie supérieure du rectum; il mit la malade en posi-

tion périnéale, fit une incision elliptique péri-anale et l'extirpation périnéale de l'anوس et du rectum. Revenant à l'incision abdominale, il amena l'angle splénique à l'anوس et le sutura minutieusement, l'attirant par des pinces introduites par le périnée. La guérison fut rapide et complète.

ROTH (1) a obtenu une guérison complète chez un jeune homme de 17 ans.

Signalons enfin un succès de SCHNITZLER (2) chez un enfant de 3 ans. Il fit la résection de l'S iliaque dilatée, créa un anus contre nature temporaire qui fut bientôt fermée; la guérison fut complète.

5 ENTÉRO-ANASTOMOSE. — HAWKINS (3), chez une femme de 46 ans, a pratiqué l'anastomose entre le côlon iliaque et la partie inférieure du côlon pelvien au-dessus de la partie dilatée; le résultat fut satisfaisant; les matières fécales sont assez bien évacuées malgré la présence de gaz dans la partie distendue. Trois mois plus tard, la malade revint avec les symptômes de volvulus; il fallut pratiquer trois autres interventions pour obtenir une guérison définitive: une *colectomie*, une *rectification* et une *colopexie* (voir, au chapitre *Traitement*, article *colectomie*).

Chez l'enfant PERTHES, NEUGEBAUER et HAWKINS

(1). — ROTH. *Archiv. für Klin. Chirurgie* 1906 II. p. 125.

(2). — SCHNITZLER. *Soc. des méd. de Vienne* 14 juin 1907. Presse méd. Juillet 1907.

(3). — HAWKINS. *Loc. cit.*

ont pratiqué l'*entéro-anastomose* avec les meilleurs résultats.

HAWKINS (1) fit l'anastomose entre les parties inférieures des côlons iliaque et pelvien; il isola ainsi la partie la plus dilatée avec l'espoir qu'elle s'atrophierait; l'enfant, âgé de 7 ans, guérit complètement; dans la suite on n'eut besoin d'avoir recours aux lavements que très rarement.

NEUGEBAUER (2), après avoir institué le traitement médical, pratiqua la laparatomie; il plaça un drain dans le rectum qui donna lieu à une évacuation considérable de matières fécales; il anastomosa la portion initiale du côlon transverse et la portion du gros intestin se trouvant sur la hauteur du Douglas; l'enfant, âgé de 12 ans, guérit complètement.

PERTHES (3), pour obtenir la guérison définitive d'un malade de 15 ans, dut pratiquer successivement cinq interventions.

Dans une *première opération*, il fit une incision lombaire de 8 centimètres; il découvrit un côlon pelvien extrêmement élargi, hypertrophié et tendu. Il fixa l'extrémité inférieure du côlon descendant dans sa partie couverte par le péritoine, au péritoine pariétal et aux muscles. Le lendemain, le malade se plaignit de ne pouvoir sortir les gaz et de souffrir beaucoup de sa plaie

(1). — HAWKINS. *Loc. cit.*

(2). — NEUGEBAUER. *Loc. cit.*

(3). — PERTHES. *Archiv. für Klin. Chirurgie* 1905. LXXVII I.

quand les mouvements péristaltiques avaient lieu ; il ouvrit le côlon fixé ; il ne s'échappa pas de gaz, mais beaucoup de matières fécales ; ces matières enlevées, l'intestin sous-jacent fut nettoyé par des lavements.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération le malade souffrit beaucoup ; mais au bout de quelques semaines, il se portait bien : le thorax devint normal au point de vue du volume ; les organes reprirent leur situation normale, les matières sortaient par l'anus contre nature. L'insufflation d'air et l'introduction d'eau soit par l'anus, soit par la plaie permirent de penser qu'il y avait dans le côlon pelvien un obstacle situé de telle manière qu'il laissait libre le passage de bas en haut, tandis qu'il obstruait la voie de haut en bas. Les rayons X firent supposer que cet obstacle n'était autre qu'un pli.

Dans une *deuxième opération*, Perthes fit une incision de l'ombilic au pubis et découvrit l'anse sigmoïde ; par l'insufflation d'air il reconnut le siège de l'obstacle : le côlon pelvien présentait des adhérences en bas et à droite dans le petit bassin. Il trouva ici une coudure à angle très aigu ; au-dessus de cet angle l'intestin était très hypertrophié, au-dessous il était normal. Après avoir libéré les adhérences, Perthes réussit à amener le côlon pelvien jusqu'à la plaie opératoire ; il l'incisa longitudinalement et il constata dans l'intérieur de l'intestin un pli correspondant à l'angle externe ; il pratiqua une suture transversale. L'opération n'a pas été couronnée de succès ; il était d'ailleurs facile de se convaincre que l'obstacle persisterait après l'intervention.

Six semaines plus tard, Perthes fit une *troisième intervention*; il ouvrit l'intestin et enleva une partie du pli. Par l'anus artificiel, il introduisit un tube pour faciliter la communication intestinale; le résultat fut encore nul; il essaya la dilatation mécanique, mais sans succès.

Dans une *quatrième intervention*, il fit une *anastomose* entre les intestins grêles et la partie inférieure de l'anse sigmoïde; cette opération ne changea rien à la situation; il est probable que la suture a porté sur la portion de l'intestin malade.

Dans une *cinquième opération*, Perthes découvrit le rectum d'après la méthode de Kraske et l'incisa. Le doigt introduit, permit de sentir un pli à 14 centimètres au-dessus de l'anus; ce pli fut incisé. L'eau introduit par l'anus artificiel s'écoulait très bien par la plaie rectale qui fut suturée. Le résultat fut encore négatif.

Enfin dans une *sixième intervention*, Perthes pratiqua la laparatomie, constata que la suture faite lors de la dernière laparatomie était au-dessus de l'angle, et *reséqua* un morceau de 6 centimètres. Le bassin étant trop petit pour pouvoir suturer l'intestin, l'extrémité supérieure fut introduite dans l'intérieur de l'extrémité inférieure; les fils furent retirés par l'anus et noués extérieurement; la guérison fut complète.

Tout récemment TUFFIER (1), chez une jeune fille de

(1). — TUFFIER, *Bull. et mém. de la Société de Chir. de Paris*, 12 novembre 1907. *Communication à la séance du 6 novembre 1907.*

20 ans, obtint un succès complet par l'entéro-anastomose avec coloplication.

Nous avons vu précédemment que l'état de cette jeune fille fut amélioré par la colotomie. (Voir au chapitre *Traitement* article « *Colotomie* ») ; mais la guérison ne fut que temporaire ; un mois après elle entra de nouveau à l'hôpital.

Tuffier fit une seconde laparatomie (25 avril 1907). L'anse distendue avait à peu près le volume d'une cuisse d'adulte. Il pratiqua d'abord une *entéro-anastomose* unissant la portion saine du côlon descendant et la portion saine du rectum, c'est-à-dire deux portions normales de l'intestin ; il fit une anastomose latérale de trois travers de doigt de longueur, par deux surjets au fil de lin ; puis, comme cette anastomose ne pouvait empêcher les matières de pénétrer de nouveau du côlon ascendant dans l'anse malade, il procéda à l'*exclusion* partielle de cette anse ; pour cela, il rétrécit les premiers centimètres de l'anse malade au-dessus de l'anastomose, et il en fit autant sur le bout efférent, c'est-à-dire du côté du rectum, de façon à empêcher aussi bien les matières qui venaient du côlon descendant de passer dans le côlon pelvien, que celles qui venaient de l'anastomose du rectum de pénétrer dans l'anse pelvienne. En un mot, il fit l'exclusion incomplète de l'anse malade, et il rétrécit plus le côté du bout efférent que le bout afférent.

Pour obtenir ce rétrécissement de l'intestin, Tuffier fit une véritable *coloplication* dans une étendue de trois travers de doigt au fil de lin, une série de points analo-

gues à ceux qui sont pratiqués dans la suture à la Lambert, c'est-à-dire, qu'en prenant comme point de départ la partie antérieure du méso-côlon, chaque fil passait perpendiculairement à l'axe de l'intestin dans l'épaisseur de la séreuse et de la musculuse dans l'étendue de 1 centimètre, pour ressortir et rentrer de nouveau dans la même étendue, jusqu'à ce qu'il ait fait le tour complet de l'intestin. Cinq fils furent ainsi passés séparément et les uns au-dessus des autres, et lorsqu'ils furent serrés, ils constituèrent un véritable cylindre, une virole qui n'admettait même pas le petit doigt. La même opération fut faite au-dessus de l'anastomose du rectum, mais en laissant un peu plus de lumière au canal. Suture en étages de l'abdomen. *Guérison* de la malade sans aucune complication.

Au septième jour, huile de ricin, évacuation abondante, puis selles spontanées ou provoquées par un lavement tous les jours. L'état général s'améliore considérablement, et la malade *quitte l'hôpital le 27 mai 1907*. Revue le 6 octobre suivant, c'est-à-dire six mois après l'opération, elle était grosse et grasse, travaillait sans aucune fatigue, ne présentait dans l'abdomen aucune tumeur, ne souffrait plus ni de crises douloureuses ni d'ondes péristaltiques, mais elle avait encore recours de temps en temps à un lavement pour obtenir une garde-robe si elle faisait défaut.

6° RECTOPLICATION. — POZZI (1) l'a faite une seule fois et avec succès chez un jeune homme de 17 ans.

Après avoir essayé en vain le traitement médical,

(1). — Pozzi, *Congrès de Chirurgie* 1906 p. 782.

Pozzi pratiqua la laparatomie sur la ligne médiane et découvrit une volumineuse ectasie du gros intestin à la jonction du rectum et de l'S iliaque.

Il fit ensuite une *rectotomie* et une *rectoplication* (28 mars 1905). Une incision longitudinale de 15 centimètres mit à découvert une masse fécale très dure, pesant 700 grammes; il rétrécit la poche en y provoquant, par des sutures, un grand repli longitudinal; enfin les sutures furent faites par plan; une grosse mèche à drainage fut introduite dans l'orifice inférieur de la plaie, mèche qui fut enlevée au bout de 24 heures. La guérison, aidée par la réapplication du traitement médical, fut rapide. Le jeune homme quitta l'hôpital au bout de trois semaines conservant toujours cependant un certain degré de paresse intestinale. Sous l'influence du massage et des courants continus, les fonctions intestinales finirent par se régulariser; au mois d'août suivant, les selles sont spontanées et quotidiennes; l'état général s'améliore, en quelques semaines le malade gagna 14 livres.

En somme aucun traitement chirurgical ne saurait actuellement être préconisé comme traitement de choix de la maladie de Hirschsprung. La *colostomie simple* ou suivie de *colectomie*, la *colopexie*, la *colectomie*, la *colosigmoïdostomie*, etc... ont été pratiquées avec succès. De nouvelles observations diront laquelle de ces méthodes mérite de tenir le premier rang. Il est possible du reste que chacune d'elles conserve ses applications puisque le mégacôlon n'est pas une maladie qui relève toujours de la même cause.

Résultats des diverses Interventions chirurgicales

	Mort 3	Guérison
Ponction intestinale simple 5 cas	1 Succès prolongé 1 Perdu de vue	Tous améliorés momentanément
Ponction suivie de Colectomie 1 cas	1	0
Colectomie simple 7 cas	4	1 Temporaire 2 Définitives
Opération complexe 2 cas	1	1
Colopexie simple 4 cas	0	4
Opération complexe 1 cas	0	1
Colectomie simple 5 cas	1	4
Opération complexe 2 cas	0	2
Entéro-Anastomose simple 2 cas	0	2
Opération complexe 3 cas	0	3
Rectotomie et Rectoplication 1 cas	0	1

OBSERVATIONS

ENFANTS

Obs. I. — AMMON (*Duval observ. III*).

Autopsie d'un enfant mort peu de temps après sa naissance : dilatations, sacciformes du côlon descendant. — Dilatation-sacciforme du point où le côlon descendant doit passer dans le rectum (Côlon pelvien).

Obs. II. — AMMON (*Duval observ. IV*).

Autopsie d'un fœtus de 7 mois : Dilatation du rectum, du côlon descendant et du côlon pelvien.

Obs. III. — GÉE (*Durand observ. VII*).

Enfant âgé de 4 ans et demi.

Symptômes : Constipation dès l'âge de 3 mois. — A 12 mois, distension abdominale progressive. — Anses intestinales visibles. — Dyspnée. — Gaz abondants. — Sonde rectale anène évacuation et déballonnement du ventre. — Diarrhée fétide avant la mort. — *Traitement* : sonde rectale, lavements —, mort de diarrhée fétide. — *Autopsie* : Grande longueur et distension énorme du côlon pelvien. — Diamètre : 10 cent. — Parois hypertrophiées

— Côlon pelvien forme deux sacs en connexion avec l'intestin étroit? (grêle). — rectum distendu.

Obs. IV. — GÉE (*Durand observ. VIII*).

Enfant âgé de 4 ans.

Symptômes: Distension abdominale depuis l'âge de 1 mois. — Constipation habituelle. — Tympanisme. — Fèces dures dans rectum. — *Diagnostic*: occlusion intestinale. — *Autopsie*: Côlon distendu surtout partie supérieure de l'anse pelvienne. — Pas de sténose. — Fèces dures, au-dessus fèces semi-liquides.

Obs. V. — BRISTOWE (*Duval observ. IX*).

Enfant âgé de 8 ans.

Symptômes: Constipation habituelle. — Faiblesse générale. — distension abdominale. — Pas de selles depuis 7 semaines. — Facies pâle, émacié. — Vomissements de temps en temps. — Pas de fèces, parfois un peu de liquide verdâtre. — Abdomen développé surtout dans partie supérieure. — *Diagnostic*: Tuberculose péritonéale. — *Traitement*: traitement médical. — *Autopsie*: Distension considérable des côlons pelvien, descendant et transverse. — Cæcum et côlon ascendant distendus, mais moins. — Péritoine présente quelques points d'opacité. — Appendices épiploïques petits et rouges. — Intestin grêle un peu distendu. — Fèces semi-liquides, puantes, verdâtres. — Dans rectum fèces dures formant une tumeur conique. — Paroi intestinale hypertrophiée surtout couche musculaire. — Pas de sténose. — Muqueuse épaissie par place et congestionnée; présente une demi-douzaine d'ulcérations simples.

Obs. VI. — GAUME (*Duval observ. X*).

Age de l'enfant: ? —

Symptômes: une selle tous les 8 jours; matières très dures. —

Météorisme. — tumeur dure, dans région iliaque gauche, grosse comme tête de fœtus à terme; douloureuse à la palpation. — A droite, à la même région, tumeur plus petite. — La palpation fait circuler les gaz avec bruit. — Vomissements fécaloïdes. — Anorexie. — Cachexie. — Cyanose. — Diarrhée abondante. — Crises de coliques. — Disparition de la tumeur. — Coma. — Mort. — *Diagnostic*: Mégacôlon. — *Traitement*: purgatifs, lavements efficaces. — Mort de colite. — *Autopsie*: côlon énormément dilaté. — Cæcum très dilaté. — Côlon descendant peu dilaté. — Gaz et fèces brunâtres. — Parois coliques présentant une inflammation chronique. — Les tissus sont transformés en une masse inextensible dans laquelle les différentes couches sont difficiles à reconnaître. — Muqueuse gris blanc, épaisse, friable. — Une portion du côlon transverse est infectée, amincie, friable. — Séreuse intacte. — Intestin grêle légèrement dilaté et hyperhémie.

Obs. VII. — HUGHES (*Duval observ. XIII*)

Enfant âgé de 3 ans.

Symptômes: Constipation depuis naissance. — Evacuations tous les 19 jours. — Distension abdominale énorme et généralisée progressivement. — Mouvements péristaltiques. — *Diagnostic*: Colite aiguë. — *Traitement*: médical; mort de colite aiguë. — *Autopsie*: Côlon dilaté. — Circonférence 9 à 10 cm. — Couche musculaire hypertrophiée au niveau du côlon pelvien. — Muqueuse ulcérée en nombreux points.

Obs. VIII. — FUTTERER et MIDDELDORPH (*Duval observ. XI*).

Malade âgé de 14 ans.

Symptômes: enfant venu au monde avec un très gros abdomen. — Augmentation progressive. — Dyspnée d'effort. — Appétit faible. — 3 selles normales et spontanées tous les jours. —

Urines claires, abondantes. — Ventre colossalement dilaté. — Cage thoracique évasée. — Veines très dilatées. — Distension abdominale régulière en forme de tonneau. — Poumons refoulés. — Pointe du cœur au troisième espace. — Claquement mitral. — Tympanisme abdominal avec submatité au-dessus du pubis et dans les fosses lombaires. — Sensation de flot nette. — Urines albumineuses. — *Diagnostic*: Mégacôlon. — *Traitement*: lavements, sonde rectale qui provoqua évacuation abondante et diminution du volume de l'abdomen. — Puis laparotomie exploratrice; sonde dans le rectum. — Mort 5 jours après par thérapeutique chirurgicale. — *Autopsie*: Sac énorme contenant gaz et 8 litres de fèces liquides. — Ce sac est formé par côlon pelvien. — Musculature contractée au point que les bandes longitudinales se touchent et ne peuvent être distinguées; sur le sac elles apparaissent comme des faisceaux épais. — A son entrée dans le sac pelvien le côlon descendant est rétréci au point de ne laisser passer qu'avec peine un doigt. — Simple ponctuation rougeâtre de la muqueuse. — Musculature hypertrophiée; son épaisseur est de 5 millim. (au lieu de 2 millim.). — Circonférence du sac 66 cm. — 16 litres d'eau sont nécessaires pour le remplir. — *Muqueuse*: glandes de Lieberkühn bien ordonnées; entre elles les vaisseaux montent jusqu'à la muqueuse. — Epithélium cubique muscularis mucosæ très hypertrophiée et atteint la moitié de l'épaisseur totale. — Le reste est représenté par une muqueuse lâche, une musculaire très hypertrophiée et une séreuse épaissie.

Obs. IX. — CHEADLE (*Dural obsterr.* XII).

Enfant âgé de 3 ans.

Symptômes: Constipation opiniâtre et dilatation abdominale depuis l'âge de 3 mois. — Pas une selle sans lavement depuis

2 ans. — Parfois deux à trois lavements retenus. — Abdomen très distendu, surtout dans régions coliques sous-costales. — Circonférence abdominale 59 cm. — Tympanisme. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: lavements rétablissent l'état normal en deux mois; on obtient une selle journalière.

Obs. X. — HIRSCHPRUNG (*Duval observ. XIV*).

Enfant âgé de huit mois.

Symptômes: Constipé depuis naissance. — Une selle en 14 jours. — Ventre devient très ballonné quand constipation persiste. — Lavements efficaces font disparaître ballonnement. — Bon état général. — Vomissements. — Diarrhée fétide profuse. *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: lavements seuls efficaces; mort à 11 mois de diarrhée fétide. — *Autopsie*: Dilatation du côlon pelvien et surtout du transverse. — Parois hypertrophiées. — Ulcérations de la muqueuse. — Pas de sténose.

Obs. XI. — HIRSCHPRUNG (*Duval observ. XV*).

Enfant âgé de 7 mois.

Symptômes: Constipé depuis naissance. — Purgatifs nécessaires et efficaces. — Abdomen parfois très distendu; augmentation progressive. — Circonférence 56 cm. — Mouvements péristaltiques. — Amaigrissement. — Diarrhée profuse. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: à 6 mois ponction intestinale avec trocart sans accident; diarrhée et vomissements passagers. — lavements purgatifs. — Mort de cachexie au bout de 4 à 5 semaines. — *Autopsie*: Distension des côlons pelvien et transverse. — Hypertrophie des parois — Ulcérations de la muqueuse.

Obs. XII. — HIRSCHSPRUNG (*Dural observ. XVI*).

Enfant âgé de 2 mois et demi.

Symptômes: Ventre distendu. — Evacuation du méconium au troisième jour de naissance, obtenue par introduction du doigt dans l'anus. — Pas de selles spontanées. — Mouvements péristaltiques. — Le ballonnement augmente. — *Diagnostic*: mégacôlon. Mort. — *Autopsie*: Distension du cœcum et des 4 parties du côlon. — Parois hypertrophiées. — Pas de sténose.

Obs. XIII. — HIRSCHSPRUNG (*Dural observ. XVII*).

Enfant âgé de 10 ans. — Est amené pour absence de selles depuis 8 jours.

Symptômes: Constipé depuis enfance. — Abdomen distendu. — Douleurs abdominales se calmant après évacuation de l'intestin. — Vomissements rares par périodes. — Fèces spontanées. — *Traitement*: lavements provoquent défécation et déballonnement; état satisfaisant au bout de 6 semaines, lavements toujours nécessaires.

Obs. XIV. — HIRSCHSPRUNG (*Dural observ. XVIII*).

Nouveau-né, âgé de 3 jours.

Symptômes: évacuation mécanique du méconium au troisième jour. — Abdomen très distendu. — Parois infiltrées d'œdème. — Lavements et purgatifs nécessaires. — Anses intestinales visibles. — Hoquet fréquent. — Fèces dures. — Au troisième mois selles quotidiennes et spontanées, mais état misérable. — Météorisme. — Vomissements. — Oligurie. — Albuminurie. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: évacuation mécanique de l'intestin par doigt. — Lavements. — Huile de ricin. — Mort de cachexie. — *Autopsie*: segment inférieur de l'iléon dilaté. — Plaques de Peyer hypertrophiées. — Cœcum dilaté. — Parois épais-

sies. — Côlon ascendant court; parois moins épaisses; muqueuse présente des replis multiples. — Côlon transverse, 17 cm. long. et 11 cm. de large. — Parois très épaisses. — Muqueuse présente quelques plis transversaux très espacés. — Les côlons descendant et pelvien sont surtout dilatés et les plus hypertrophiés. — 24 cm. de diamètre et 3 millim. d'épaisseur.

Obs. XV. — HIRSCHSPRUNG (*Duval observ. XIX*).

Enfant âgé de 10 ans.

Symptômes. — Constipation et météorisme depuis enfance. — Lavements efficaces. — Fèces abondantes. — Anses intestinales visibles. — *Diagnostic*: Mégacôlon. — *Traitement*: lavements efficaces. — Enfant perdu de vue.

Obs. XVI. — HADDEN (*Duval observ. XXII*).

Enfant âgé de 11 ans.

Symptômes: A trois mois: douleurs abdominales. — Vomissements. — Constipation. — Distension abdominale. — Mouvements péristaltiques. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: médical; mort de cachexie. — *Autopsie*: distension des 61 derniers centimètres de l'intestin grêle et du côlon au-dessus de l'anse sigmoïde.

Obs. XVII. — OSLER (*Duval observ. XXIII*).

Enfant âgé de 10 ans (nègre)

Symptômes: Enfant pesant à peine 22 kil. — Distension abdominale progressive. — Circonférence 63 à 80 cent. — Constipation rebelle à tout. Fortes douleurs abdominales intermittentes. — Diarrhée, vomissements; constipation et tympanisme s'atténue. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: chirurgical (voir au Ch. Traitement art. « Colotomie »). — *Anatomie pathologique*: la laparatomie a montré un gros intestin très dilaté

surtout au niveau du côlon pelvien; circonférence de ce segment 45 cent.

Obs. XVIII. — (*Anonyme*).

Enfant âgé de 7 à 8 mois.

Symptômes: Constipation et météorisme depuis naissance. — Quelques selles spontanées. — Météorisme varie avec constipation. — Vomissements et souvent crises de coliques avec fièvre. — Anses visibles. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: médical. — L'état ne se modifie en rien.

Obs. XIX. — WALKER et GRIFFITH (*Duval observ. XXV*).

Enfant âgé de 11 ans.

Symptômes: Après naissance volume inaccoutumé de l'abdomen qui ne fit qu'augmenter. — Pas de gêne sensible du fait de cette distension. — Purgatif et régime inefficaces. — Trois ans plus tard, distension énorme. — Constipation cédant aux purgatifs et aux moyens mécaniques. — Anorexie. — Respiration courte. — Développement musculaire faible. — Santé variable avec degré de distension. — Gaz s'échappent par l'anus comme un rugissement; ventre alors diminue de volume. — Finalement amaigrissement, douleurs augmentées. — *Diagnostic*: mégacôlon. *Traitement*: purgatifs, lavements, suppositoires, régime; mort subite pendant l'administration d'un purgatif par gêne fonctionnelle du cœur. — *Autopsie*: partie inférieure du thorax élargie et rejetée en haut. — En ouvrant l'abdomen on ne vit qu'une énorme anse intestinale semblable à une grosse jambe et cuisse avec le genou fléchi; c'étaient les côlons transverse et descendant qui avaient 23 pouces de circonférence. — Péritoine épaissi mais sans signe de péritonite. — Poumons et cœur refoulés. — Hypertrophie du cæcum, de l'intestin grêle. — Appendice doublé de vo-

lume. — Tunique musculaire du côlon ascendant très épais. — *Examen microscopique*: muqueuse hypertrophiée. — Surface libre dénudée de son épithélium. — Cryptes glandulaires disparus en partie. — Cellules à mucine très réduites. — Tissu aréolaire disparu. — Ce qui représente que la muqueuse est unie à la musculieuse par tissu fibreux. — Musculaire circulaire formée de fibres non striées dont beaucoup de néoformation. — La couche longitudinale externe est presque continue tout autour de l'intestin par aplatissement des bandes-parois rectales épaissies.

Obs. XX. — GENERICH (*Duval observ. XXVI*).

Enfant âgé de 15 mois.

Symptômes: Vomissements de mucosités verdâtres. — Constipation. — Distension abdominale. — Veines sous-cutanées visibles. — Lavements huileux donnent une selle au huitième jour. — Parfois 14 jours sans selle. — Diarrhée. — Vomissements. — Météorisme. — Rachitisme. — Mort de cachexie. — *Diagnostic*: gros ventre de rachitique. — *Traitement*: lavements, sonde rectale. — *Autopsie*: Côlons ascendant, transverse et descendant très dilatée. — Ulcérations nombreuses. — Hypertrophie des parois coliques.

Obs. XXI. — MYA (*Duval observ. XXVII*).

Enfant âgé de 2 mois.

Symptômes: Dès naissance météorisme et vomissements. — Première selle au deuxième jour par lavements. — Constipation dure de 5 à 10 jours. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: médical; enfant perdu de vue.

Obs. XXII. — MYA (*Duval observ. XXVIII*).

Enfant âgé de 6 mois.

Symptômes: Depuis naissance constipation et distension. —

Lavements souvent retenus. — Parfois vomissements, fièvre, diarrhée, agitation, dyspnée. — Mouvements péristaltiques. — Gaz puants. — Mort au bout de 2 semaines de colite aiguë. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: médical. — *Autopsie*: Côlon irrégulièrement dilaté. — Muqueuse rouge, infectée. — Nombreuses ulcérations. — Muqueuse privée de plusieurs points de son épithélium et de ses glandes tubulées. — Infiltration leucocytaire de la muscularis mucosæ. — Musculaire transverse hypertrophiée et infiltrée. — La longitudinale est amincie. — Séreuse épaisse. — Vaisseaux frappés d'endartérite.

Obs. XXIII. — BERTI (*Duval observ. XXIX*).

Enfant âgé de 13 mois.

Symptômes: Ventre ballonné. — Meurt avec signes de pneumonie et de méningite. — Durant la vie, alternatives de constipation et de diarrhée puante. — *Diagnostic*: Pneumonie; méningite. — *Traitement*: médical. — *Autopsie*: Intestin grêle météorisé. — Gros intestin normal jusqu'au côlon descendant. — Ensuite dilatation formant un double sac séparé par un léger rétrécissement. — Fèces fétides. — Hypertrophie colique. — *Examen microscopique*: muqueuse dépourvue de son épithélium. — Paroi des vaisseaux épaissie. — Musculaire transversale épaissie, la longitudinale l'est moins. — Musculaire mucosæ infiltrée de leucocytes. — Sérique pas très épaissie.

Obs. XXIV. — BERTI (*Duval observ. XXX*).

Enfant âgé de 2 mois.

Symptômes: Ventre dilaté. — Anses visibles. — Amaigrissement. — Lavements fréquents évacuent matières puantes. — Fièvre. — Diarrhée; mort de cachexie et broncho-pneumonie. —

Diagnostic? — *Traitements*: lavements. — *Autopsie*: Intestin grêle dilaté. — Parois amincies et blanchâtres. — Côlon transverse dilaté. — De là au rectum nombreuses flexuosités à calibre dilaté. — Hypertrophie des parois et des follicules clos. — Muqueuse rouge.

Obs. XXV. — ROLLESTON et HAWARD (*Duval observ. XXXI*).

Enfant âgé de 12 ans.

Symptômes: A 2 mois distension abdominale. — Constipation. — Depuis les 2 dernières années vomissements. — Mouvements péristaltiques. — Fèces dures. — Mort d'obstruction. — *Diagnostic*: Mégacôlon. — *Traitement*: médical. — *Autopsie*: Côlons descendant et pelvien dilatés, hypertrophiés. — Ulcérations muqueuses. — Pas de sténose.

Obs. XXVI. — HOBBS et RICHEMOND (*Duval observ. XXXII*).

Enfant âgé de 2 ans et demi.

Symptômes: Distension abdominale, ayant donné lieu à des difficultés lors de l'accouchement. — Constipation. — Vomissements. — Ponction capillaire fait échapper 3 litres de gaz. — Ventre se distend de nouveau. — Opération différée. — Enfant perdu de vue. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: lavements. — Ponction intestinale capillaire.

Obs. XXVII. — FRITZ (*Duval observ. XLII*).

Enfant âgé de 14 ans. — Entre à l'hôpital pour gonflement du ventre.

Symptômes: Constipé toute sa vie. — Distension abdominale commence à 2 ans et progresse jusqu'à son admission. — Douleurs abdominales intermittentes. — Circonférence, 31 pouces. — Tympanisme sauf dans fosse iliaque droite qui est mate. —

Mouvements péristaltiques. — Selles normales par purgatifs, mais pas de déballonnement. — Sort de l'hôpital. — Même état continue. — *Diagnostic?* — *Traitement*: lavements, purgatifs. — Ponction de l'abdomen.

Obs. XXVIII. — CONCETTI (*Duval observ.* XXXIII).

Enfant âgé de 2 ans et demi. — Entre à l'hôpital pour constipation et distension abdominale.

Symptômes: Constipation et distension abdominale depuis naissance. — Méconium évacué le quatrième jour par lavements. — Lavements répétés produisent évacuations diarrhéiques copieuses, mais constipation et distension réapparaissent. — 15 à 16 jours sans selle. — Scybales dures. — Parfois sang et membranes. — Céphalalgie. — Agitation. — Une selle fait disparaître ces signes. — Circonférence abdominale, 57 à 65 cent., à l'ombilic. — Au-dessus, 58 à 69 cent. — Anses visibles. — Mouvements péristaltiques augmentés par massage. — Indican dans urines en quantité variant avec coprostase. — Pouls petit, rapide. — Facies hypocratique. — Anorexie. — Vomissements. — Diarrhée. — Mort de péritonite par perforation. — *Diagnostic*: Dilatation congénitale du côlon sans sténose. — *Traitement*: lavement, strychnine. — Régime. — *Autopsie*: côlon tout entier dilaté. — Longueur totale 102 cent. — Le transverse présente 2 taches bleuâtres dont une avec perforation de 1 cent. de diamètre donnant issue à matières. — Hypertrophie. — Le point le plus dilaté à ses parois amincies. — Muqueuse lisse. — Taches bleuâtres. — 8 à 10 ulcérations. — Perforations, hypertrophie, par de sténose. — *Examen microscopique*: épaisseur de la paroi est le tiers de l'épaisseur totale. — Infiltration leucocytaire de la muqueuse. — Muscularis mucosæ hypertrophiée par faisceaux conjonctifs. — Sé-

reuse amincie. — Paroi totale semble constituée de tissu conjonctif fasciculé.

Obs. XXIX. — CONCETTI (*Duval observ. XXXIV*)

Enfant âgé de 8 ans. Entre à l'hôpital pour absence de selle depuis un mois.

Symptômes: première selle le cinquième jour après naissance. — Distension abdominale progressive. — Gaz fétides. — Constipation à l'âge de 1 an: constipation. — Gaz empestant la maison. — A l'âge de 4 ans: œdème des membres. — Obstruction intestinale; à l'âge de 6 ans: constipation s'aggrave. — Ventre énorme. — Circonférence maxima, 75 cent. — Mouvements péristaltiques. — Palpation douloureuse. — On suit direction des anses. — On sent masses dures dans ventre. — Vomissements bilieux et continuels. — l'enfant quitte la clinique à la suite de quelques selles copieuses. — *Diagnostic*: Mégacôlon. — *Traitement*: lavements.

Obs. XXX. — FENWICK. (*Duval observ. XXXVIII*).

Enfant âgé de 17 mois. — Entre à l'hôpital pour constipation et distension abdominale.

Symptômes: Constipation depuis la cinquième semaine. — Distension depuis l'âge de 9 mois disparaissant d'abord après évacuation puis devenant permanente. — Mouvements péristaltiques. — Bon appétit. — Amaigrissement, vomissements intermittents. — Rachitisme. — Circonférence abdominale, 67 cent. — Capacité de la poitrine réduite. — Portée inférieure du thorax élargie. — Respiration rapide, embarrassée à la moindre excitation. — Pointe du cœur au troisième espace. — Hypothermie. — Urines rares, albumineuses. — *Diagnostic*: Dilatation idiopathique des côlons transverse, pelvien et du rectum. — *Traitement*:

lavements, purgatifs. — Mort de colite ulcéreuse. — *Autopsie*: Intestin grêle aplati. — Fèces liquides. — Gaz abondants. — Muqueuse congestionnée, ulcérée. — Côlon pelvien mesure 27 cent. de long; il présente une ulcération. — Hypertrophie des ganglions mésentériques. — Côlon transverse 30 cent. de long. — Muqueuse du côlon ascendant plissée et ulcérée. — Couches musculaires hypertrophiées.

Obs. XXXI. — MARTIN. (*Duval observ. XXXIX*).

Enfant âgé de 3 ans.

Symptômes: Première selle au cinquième jour de naissance. — 11 jours sans selle. — Distension abdominale progressive. — Douleurs. — Deux attaques de diarrhée. — Circonférence abdominale, 68 cent. — Mouvements péristaltiques. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: Ponction au trocart après deux laparotomies exploratrices. — Mort de péritonite par perforation. — *Autopsie*: côlon pelvien, 38 cent. de long. — Parois hypertrophiées. — Côlon descendant légèrement dilaté et hypertrophié.

Obs. XXXII. — TORDEUS (*Duval observ. XL*).

Enfant âgé de 17 mois.

Symptômes: constipation depuis naissance. — Lavements nécessaires. — Tumeur dure, ronde, mobile. — Vomissements. — Agitation. — Douleurs. — Fièvre. — Mort. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: ? — *Autopsie*: côlon pelvien, 13 cent. de diamètre. — Scybales dures. — Muqueuse épaissie et pigmentée.

Obs. XXXIII. — RIETHER (*Duval observ. XLI*).

Enfant d'âge inconnu.

Symptômes: vomissements verdâtre. — Météorisme. — Constipation rebelle. — Température 39°. — Amaigrissement. — *Diag*.

nostic: mégacôlon. — *Traitement*: lavements. — Mort. — *Autopsie*: estomac et intestin grêle dilatés. — Côlon très distendu. — Fèces brunâtre. — Pas de sténose.

Obs. XXXIV. — GRIFFITH (*Duval observ. XLVI*).

Enfant âgé de 3 ans.

Symptômes: constipation depuis naissance nécessitant purgatifs. — Distension abdominale avec douleurs à 5 mois. — Alternatives de constipation et diarrhée pendant 2 ans. — Purgatifs suspendus à 2 ans: constipation, ballonnement du ventre tel que les parents craignirent qu'il ne « crève »? — Circonférence à l'ombilic, 63 cent. 5; au culmen, 69 cent. 8. — Ombrilic saillant. — Mouvements péristaltiques. — Veines dilatées. — Pouls 140. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: colotomie inguinale suivie de mort. — *Autopsie*: rétrécissement de l'iléon long de 25 cm. — Pas de stricture sur gros intestin dont l'état n'est pas noté.

Obs. XXXV. — TRÈVES (*Duval observ. XLVII*).

Enfant âgé de 5 ans et 9 mois. — Entré pour constipation qui provoque souvent des crises d'obstruction intestinale.

Symptômes: constipation. — Ballonnement du ventre. — tympanisme généralisé et uniforme. — Anse énorme visible. — Mouvements péristaltiques. — Bon appétit. — Langue sèche, haleine désagréable. — Douleurs abdominales. — Pas d'évacuation spontanée. — Pâleur. — Crises d'obstruction améliorées par lavages intestinaux. — Crampes abdominales augmentées par mouvements péristaltiques désordonnés de l'intestin. — Etat général déplorable. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: colotomie; colopexie et colectomie totale. — Guérison (Voir au Ch. *Traitement art. « Colectomie »*). — *Anatomie pathologique* (laparatomie): artère colique gauche augmentée de volume. — Pli val-

vulaire de la muqueuse qui a dû contribuer à l'obstruction. — Il semble plus probable que les crises étaient dues à la plicature de l'intestin à l'extrémité inférieure de la portion dilatée.

Obs. XXXVI. — POZZI (*Congrès de Chirurgie* 1905. p. 782).

Malade âgé de 17 ans. — Vient consulter pour tumeur dans le ventre formée par matières fécales.

Symptômes: constipation depuis enfance. — Vomissements. — à 2 ans, crise d'obstruction grave. — Lavements huileux, bains chauds: débâcle. — Depuis ne va à la selle qu'avec lavements. — Phénomènes de péritonisme: vomissements poracé, ventre distendu, facies altéré. — A 13 ans nouvelle crise. — 12 jours sans selle. — Tumeur médiane, dure, ronde, indolente, volume de tête de fœtus à terme. — Par toucher rectal, le doigt soulève cette tumeur. — *Diagnostic*: Kyste, abcès, etc... — *Traitement*: lavements puis rectotomie et rectoplication. — Guérison rapide aidée par réapplication du traitement médical (Voir au Chap. *Traitement art.* « Rectoplication »). — *Anatomie pathologique* (laparatomie): volumineuse ectasie du gros intestin à la jonction du rectum et de l'S iliaque. — Masse fécale très dure pesant 700 gr.

Obs. XXXVII. — LÉVI (*Ann. Gynec. et Péd. Bosten.*
1904 XVII. 10).

Enfant âgé de 4 ans.

Symptômes: constipation. — Distension abdominale. — Distase des muscles droits de l'abdomen. — Estomac et côlon transverse dilatés. — Tumeur mobile dans partie gauche de l'abdomen. — Pas de sténose. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: diète, calomel, noix vomique. — Lavements. — Massage. — Électricité. — Ceinture abdominale. — Guérison.

Obs. XXXVIII. — KIEN (*Strassburger med. Zeitung* 1904. I 128).

Enfant âgé de 6 ans. — Est amené pour constipation et ballonnement du ventre.

Symptômes: depuis naissance distension abdominale. — Constipation. — Tumeur dans fosse iliaque droite; massage la fait disparaître, mais se reforme. — rectum rempli d'une masse dure du volume de tête de fœtus. — Amaigrissement. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: division sous chloroforme de tumeur stercorale. — Lavements. — Purgatifs. — Guérison, mais 4 mois après, constipation. — Un matin va à l'école; vers midi douleurs dans le ventre; le soir meurt chez lui subitement. — Pas d'autopsie.

Obs. XXXIX. — TORREL (*Deut. med. Woch.* 1905. XXI. 344).

Enfant âgé de 2 jours.

Symptômes: Signes d'iléus. — Pouls très petit. — Mort d'obstruction. — *Diagnostic*: iléus. — *Autopsie*: circonférence du gros intestin 45 cm.. — Côlon présente 2 coudures brusques. — Intestin grêle distendu sauf duodénum.

Obs. XL. — IBRAHIM (*Deut. med. Woch.* 1905 XXI. 905)

Enfant âgé de 8 semaines.

Symptômes: depuis l'âge de trois semaines distension abdominale progressive. — Respiration pénible. — Mouvements péristaltiques. — Anse sigmoïde visible. — Pas de constipation, deux selles par jour. — 2 coudures brusques. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: massage, sonde rectale; amélioration.

Obs. XLI. — BAGINSKI (*Berlin med. Woch.* 1904 XLI, 1252).

Enfant âgé de 10 mois.

Symptômes: distension abdominale après sevrage. — Tympanisme. — Respiration difficile. — Foie repoussé. — Mort d'obs-

truction. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Autopsie*: côlon très élargi. — Musculaire très hypertrophiée. — Pas de sténose. — Extrémité de l'intestin grêle distendue.

Obs. XLII. — FRIEDHEIM (*Dent. méd. Woch.*, 1904. XXX. 4. 1385).

Enfant âgé de 7 ans. — Entre à l'hôpital pour séjour d'iléus avec œdème généralisé.

Symptômes: constipation depuis naissance, à 3 ans distension abdominale et signes d'iléus. — Nouvelle crise avec ascite, œdème de face, de peau de l'abdomen et du dos, du scrotum, du pénis et des extrémités. — Oligurie. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: colopexie. — Guérison.

Obs. XLIII. STIRNIMANN (*Corr. Bl. Schweiz-Aerzte* 1905 p. 569).

Enfant âgé de 3 mois et demi.

Symptômes: constipation depuis naissance. — Distension abdominale, surtout à gauche, s'atténuant après évacuation. — Pouls rapide. — Respiration accélérée. — Pression douloureuse. — Mort d'obstruction. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: sonde, lavements seuls efficaces. — *Autopsie*: côlon contenant 1.700 cmc., au lieu de 150. — S iliaque surtout dilatée. — Mésocôlon long.

Obs. XLIV. — MULBERGER (*Zeitschrift für Klin. méd.*

1905. LVII. 374).

Enfant âgé de 13 ans. — Entre à l'hôpital pour tumeur abdominale.

Symptômes: constipation depuis naissance. — Distension. — Tumeur abdominale. — Matité. — Foie repoussé en haut. — Indican dans urines. — Sort guéri de l'hôpital. — Revient trois semaines après: constipation, vomissements. — Pouls à 120. —

Fièvre. — Ictère. — Mort de colite ulcéreuse. — *Diagnostic*: tumeur fécale causée par mégacôlon. — *Traitement*: médical; amélioration pendant 3 semaines. — *Autopsie*: côlon dilaté recouvrant l'intestin grêle. — Coudure. — Musculaire hypertrophiée. — Muqueuse rugueuse, rougeâtre et grisâtre par place. — Appendice participe au processus.

Obs. XLV. — PERTHES (*Archiv. fur Klin Chir.* 1905).

LXXVII. I. 42).

Malade âgé de 15 ans. — Entre à l'hôpital pour constipation.

Symptômes: constipation, distension depuis naissance améliorées par lavements. — Parois thoraciques déformées. — Organes thoraciques repoussés. — Pointe du cœur bat au troisième espace. — Diaphragme remonté. — Anse sigmoïde visible; on suit sa direction dans région lombaire gauche puis vers l'ombilic et dans petit bassin. — Douleurs abdominales. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: cinq interventions chirurgicales (Voir au Ch. Trait. art. « Entéro-anastomose. »).

Obs. XLVI. — PERTHES (*Loc. cit.*).

Malade âgé de 15 ans.

Symptômes: constipation depuis naissance. — Est resté 6 semaines sans selle. — Distension. — Douleurs dans l'articulation de l'épaule gauche. — Organes thoraciques refoulés. — Pouls 42. — Tumeur accessible par toucher rectal. — Pli muqueux accessible. — Mort d'obstruction. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: lavements. — *Autopsie*: côlon pelvien seul très hypertrophié.

Obs. XLVII. — GOUREVITCH (*Prager med Woch.* 1904

XXIX. 607-623).

Enfant âgé de 15 mois.

Symptômes: constipation et distension abdominale depuis naissance. — Légères douleurs abdominales. — Tympanisme. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: colotomie. — Colopexie suivie de colostomie. — Mort de péritonite?. — *Autopsie*: muqueuse rouge, ecchymotique. — Hypertrophie des fibres musculaires du cœcum, du côlon et de partie inférieure de l'iléon.

Obs. XLVIII. — ESCHERICH (*Wiener. Kl. Woch.*

1906 XIII. 55).

Enfant âgé de 3 mois et demi.

Symptômes: ventre volumineux dès naissance. — Vomissements fécaloïdes. — Constipation. — Douleurs abdominales. — Mouvements péristaltiques. — Diastase des muscles de l'abdomen. — Chaque selle amène soulagement. — *Diagnostic*: mégacôlon. — Les rayons X montrent dilatation considérable du côlon transverse, anse sigmoïde longue et distendue. — Foie et estomac refoulés. — *Traitement*: médical. — *Autopsie*: confirme résultats des rayons X. — Circonférence du côlon, 16 cm.

Obs. XLIX. — BITTORF (*Munch. med. Woch.*

1906. LIII. 265).

Enfant âgé de 15 semaines.

Symptômes: constipation. — Ventre volumineux. — Tumeur dans l'hypocondre droit. — Foie repoussé. — Selles font diminuer tumeur. — *Diagnostic*: ? — *Traitement*: médical. — Mort de méningite. — *Autopsie*: hypertrophie et dilatation de l'anse sigmoïde. — Etranglement à son extrémité inférieure.

Obs. I. — ROTH (*Archiv. fut Klin. Chir.* 1906. II. p. 125).

Malade âgé de 17 ans.

Symptômes: depuis naissance constipation et distension abdominale. — Vomissements. — Douleurs abdominales. — Parfois un mois sans selle. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: lavements huileux donnent amélioration sensible; colectomie. — Guérison.

Obs. LI. — ROTH (*Loc. Cit.*).

Enfant âgé de 3 ans.

Symptômes: constipation durant 5 et 6 semaines. — Distension abdominale. — Tympanisme. — Anse intestinale visible occupant les trois quarts du ventre. — Cyanose. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: purgatifs et surtout lavements efficaces; laparotomie exploratrice; l'état du malade empêcha de pratiquer colectomie et entéro-anastomose. — Mort subite. — *Autopsie*: côlon transverse distendu. — Sac énorme rempli de matières. — Coudure en forme d'S.

Obs. LII. — SCHONSTADT.

Enfant d'âge inconnu.

Symptômes: évacuation du méconium au sixième jour après naissance. — Ballonnement abdominal. — Diastase des muscles droits de l'abdomen. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: 1° amélioration par lavages répétés de l'intestin; 2° anastomose iléo-sigmoïdienne. — Guérison.

Obs. LIII. — SCHNITZLER (*Soc. de med. de Vienne*, 14 juin 1907 in *Presse med. Juillet* 1907).

Enfant âgé de 3 ans.

Symptômes: depuis naissance constipation et ballonnement du

ventre. — Signes d'obstruction 3 fois. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: colectomie et colostomie temporaire. — Guérison. — *Anatomie pathologique* (laparatomie): dilatation énorme de l'S iliaque sans lésion anatomique capable d'expliquer cette dilatation.

Obs. LIV. — François HUE (*Normandie méd.* 1^{er} mai 1907).

Enfant âgé de 5 ans. — Entre à l'hôpital pour signes d'occlusion intestinale.

Symptômes: Ballonnement du ventre en forme de barrique; ventre semblait prêt à éclater. — Maigrissement. — Vomissements dont un fécaloïde. — Arrêt des matières et des gaz. — Cyanose. — Respiration anxieuse. — Pouls introuvable. — Température 36°. — Extrémités froides. — *Antécédents*: né avant terme, 7 mois. — Constipation depuis nécessitant purgatif ou lavement tous les 4 jours. — Ballonnement du ventre. — Douleurs abdominales surtout depuis 15 jours. — *Diagnostic*: invagination chronique. — *Traitement*: 1° lavements inefficaces; 2° laparatomie exploratrice et évacuation digitale du rectum par l'anus. — 3 bassins de matières fécales furent retirés. — Amélioration. — Mort 9 jours après l'opération. — *Anatomie pathologique*: 1° *laparatomie*: dilatation énorme de l'anse sigmoïde et du rectum. — Pas de sténose; 2° *Autopsie*: dilatation de l'estomac, du duodénum et des premiers centimètres du grêle. — Parois hypertrophiées 2 à 3 millim..

Obs. LV. — FLETCHER et ROBINSON (*Brit. méd. journ.* 1907 p. 370).

Malade âgé de 12 ans.

Symptômes: depuis naissance constipation, distension abdominale. — Douleurs en allant à la selle. — Mouvements péristaltiques. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: lavements inef-

ficaces. — Laparatomie exploratrice puis traitement médical. — Mort d'obstruction. — *Autopsie*: côlon pelvien très dilaté formant tumeur. — Côlons descendant et transverse dilatés. — Pas de sténose.

Obs. LVI. — NEUGEBAUER (*Archiv. fur. Klin. Chir.* 1907. 82 B. p. 503).

Enfant âgé de 9 mois.

Symptômes: constipation et distension abdominale dès naissance. — Vomissements. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: introduction de sonde dans rectum. — Mort d'obstruction. — *Autopsie*: Anse sigmoïde dilatée et allongée. — Côlon transverse dilaté. — Hypertrophie. — Estomac repoussé vers colonne vertébrale. — Pas de sténose.

Obs. LVII. — NEUGEBAUER (*Loc. cit.*)

Malade âgé de 12 ans.

Symptômes: ventre très distendu. — Constipation depuis naissance. — Crises douloureuses depuis un an. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: entéro-anastomose. — Guérison (Voir au Ch. Traitement art. « entéro-anastomose. »). — *Anatomie pathologique* (laparatomie): volume de l'anse sigmoïde égale celui de cuisse d'adulte. — Séreuse épaissie. — Parois hypertrophiées. — Côlon transverse distendu; le descendant est allongé mais pas dilaté.

Obs. LVIII. — HAWKINS (*Brit. méd. journ.* 2 mars 1907).

Malade âgé de 12 ans.

Symptômes: depuis naissance, alternatives de diarrhée et constipation. — Distension abdominale. — Mouvements péristaltiques. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: colotomie. — Mort. — *Autopsie*: anse sigmoïde, côlons descendant et transverse distendus et hypertrophiés.

Obs. LIX. — HAWKINS (*Loc. cit.*).

Enfant âgé de 10 mois.

Symptômes: depuis naissance constipation et météorisme. — an̄ses intestinales visibles. — Mouvements péristaltiques. —

Diagnostic: mégacôlon. — *Traitement*: médical. — Mort d'obstruction. — Pas d'autopsie.

Obs. LX. — HAWKINS (*Loc. cit.*).

Enfant âgé de 7 ans. — Entre à l'hôpital pour fracture de côtes.

Symptômes: distension abdominale et constipation. — Tumeur dans partie inférieure gauche de l'abdomen. — Organes thoraciques repoussés. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: entéro-anastomose (Voir au Ch. Traitement art. « Entéro-anastomose »). — *Anatomie pathologique* (laparatomie): côlon très distendu surtout dans partie pelvienne.

Obs. LXI. — HAWKINS (*Loc. cit.*).

Enfant âgé de 5 ans.

Symptômes: Distension intermittente accompagnée de vomissements. — Selles normales. — Pouls à 128. — Faiblesse extrême. — *Diagnostic*: obstruction intestinale. — *Traitement*: laparatomie exploratrice; amélioration. — Enfant perdu de vue. — *Anatomie pathologique* (laparatomie): côlons ascendant et pelvien dilatés.

Obs. LXII. — HAWKINS (*Loc. cit.*).

Enfant âgé de 3 semaines.

Symptômes: né avant terme. — Alternatives de constipation et diarrhée. — Vomissements. — Météorisme. — *Diagnostic*: malformation à l'union du côlon et du rectum. — *Traitement*:

laparatomie exploratrice. — Mort 2 jours après de broncho-pneumonie. — *Anatomie pathologique*: 1° laparatomie: distension considérable du cœcum, des côlons ascendant et transverse; 2° *Autopsie*: lésions de broncho-pneumonie; rien d'anormal du côté de l'intestin.

Obs. LXIII. — BING (*Arch. fur Kinder* 1906. LXXIV. 59).

Enfant âgé de 10 mois.

Symptômes: Au troisième mois constipation et météorisme. — Amaigrissement. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: médical. — Mort d'obstruction. — *Autopsie*: côlon transverse distendu les autres portions le sont moins. — Hypertrophie des parois du côlon et de la partie inférieure du grêle. — Muqueuse hyperphémiée. — *Examen microscopique*: musculature hypertrophiée surtout les fibres circulaires. — Les faisceaux longitudinaux contiennent fibres conjonctives.

Obs. LXIV. — BING (*Loc. cit.*).

Enfant âgé de 5 semaines.

Symptômes: dès naissance, gros ventre. — Selles rares. — Dans partie supérieure de l'abdomen 2 tumeurs se rencontrent sous un angle droit. — Elles sont formées par côlons transverse et ascendant. — Pouls faible, rapide. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: lavements. — *Autopsie*: côlon très dilaté, couvre le foie qui est repoussé. — Ulcérations.

ADULTES

Obs. I. — FAVALLI (*Duval observ.* I).

Malade âgé de 50 ans.

Symptômes. — Constipation et douleurs abdominales depuis plusieurs jours. — Météorisme puis dyspnée. — Faiblesse cardia-

que. — Pouls petit et accéléré. — Mort au bout de 16 heures. — *Diagnostic*: ? — *Traitement*: pas de traitement proprement dit; un seul lavement. — *Cause de la mort*: ? — *Autopsie*: côlon pelvien colossalement développé et occupant toute la cavité abdominale. — Pas de sténose, pas d'obstacle intestinal. — Rectum légèrement dilaté, complètement perméable. — Appendices épiploïques gros. — Parois coliques hypertrophiées dans leur muqueuse et leur musculuse. — Veines de l'intestin très développées.

Obs. II. — BANKS (*Duval observ. II*).

Homme âgé de 50 ans.

Symptômes: toujours constipé et souffrant de douleurs abdominales. — Aggravation subite. — Mort d'obstruction intestinale. — *Diagnostic*: occlusion intestinale. — *Traitement*: ? — *Autopsie*: côlon pelvien énorme. — Circonférence 66 cent. — Pas d'obstacle intestinal.

Obs. III. — PEAKOK *observ. IV de Bristowe* (*Duval observ. V.*).

Homme âgé de 28 ans.

Symptômes: constipé depuis naissance. — Lavements fréquemment nécessaires. — Gaz très abondants. — Signes d'obstruction six semaines avant sa mort. — Lavements: amélioration, puis aggravation rapide. — Distension abdominale comme une femme à terme. — Œdème de la paroi. — Pas de selles depuis 8 jours. — Mort d'obstruction. — *Diagnostic*: occlusion intestinale. — *Traitement*: lavements. — *Autopsie*: la fin de l'iléon est distendue par matières fécales. — Le gros intestin, du cœcum au rectum, énormément distendu. — Diamètre uniforme, 6 à 8 pouces. — Contient 15 « quarts » de fèces liquides. — Muqueuse largement ulcérée sur côlon transverse et anse sigmoïde. — Rectum normal.

Obs. IV. — CHAPMAN (*Duval observ. V.*).

Age du sujet: ? — *Symptômes*: ? — *Diagnostic*: Déplacement du foie par un côlon pelvien très dilaté. — *Traitement*: ? — *Cause de la mort*: ? — *Autopsie*: côlon pelvien très dilaté; 12 pouces anglais. — Musculature étalée. — Muqueuse enflammée. — Rectum étroit mais normal. — Sac intestinal s'était insinué entre paroi et face externe du lobe droit du foie très comprimé et portant un profond sillon.

Obs. V. — MONEY et PAJOT (*Duval observ. XX.*).

Homme âgé de 55 ans. — Alcoolique.

Symptômes: énorme dilatation du côlon avec dyspnée et bronchite. — Albuminurie. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: ponction de l'intestin (Voir au chapitre *Traitement* article « *Ponction intestinale* »).

Autopsie: énorme dilatation du côlon et surtout de flexure sigmoïde qui forme un sac énorme occupant toute la cavité abdominale. — Côlon hypertrophié et dilaté. — Pas de rétrécissement. — Foie cirrhotique.

Obs. VI. — FORMAD (*Duval obser. XXI.*)

Homme âgé de 23 ans.

Symptômes: homme connu sous le nom « d'homme ballon » ou de « sac d'air ». — Météorisme énorme depuis enfance. — Constipation opiniâtre. — Mort de colite aiguë. — *Diagnostic*: distension intestinale (mégacôlon). — *Traitement*: ? — *Autopsie*: pas de sténose. — Côlon a les dimensions d'un intestin de bœuf (33 à 44 cent. de circonférence et un poids de 47 livres.

Obs. VII. — BASTIENELLI (*Duval obser. XXXV.*).

Femme âgée de 50 ans.

Symptômes: admise à l'hôpital avec météorisme énorme. — *Diagnostic*: ? — *Cause de la mort*: ? — *Autopsie*: côlon énormément dilaté, de cœcum à S iliaque, comme celui d'un bœuf, remplissant cavité abdominale. — Parois épaissies (plus de 1 cent.). — Muqueuse lisse. — Pas de sténose. — L'intestin ne contient que des gaz.

Obs. VIII. — WOOLMER (*Duval observ. XXXVI*).

Homme âgé de 28 ans.

Symptômes: constipation depuis 4 ans. — D'abord matières rubanées et selles sanguinolentes. — Toucher rectal donne sensation de tumeur iliaque derrière la vessie. — *Traitement*: médical améliore la situation; selles naturelles et spontanées; puis aggravation. — *Diagnostic*: 1° constipation; 2° cancer du côlon, 3° mégacôlon. — *Traitement*: colopexie (Voir au Chapitre *Traitement* article « *Colopexie* »). — Guérison.

Anatomie pathologique: laparatomie: côlon pelvien très dilaté formant tumeur derrière vessie. — Dimensions et forme de l'estomac. — Musculature paraît atrophiée et incapable de contraction. — Veines du méso-côlon très dilatées.

Obs. IX. — WOOLMER (*Duval observ. XXXVII*).

Homme âgé de 24 ans.

Symptômes: constipation depuis 8 ou 10 ans, aggravée depuis un an. — Vomissements. — Tumeur dans l'hypocondre droit accessible à la palpation et au toucher rectal. — Purgatifs, lavements: légère amélioration. — *Diagnostic*: occlusion intestinale. — *Traitement*: colopexie haute suivie de colostomie. — Guérison (Voir au chapitre *Traitement* article « *Colotomie* »).

Anatomie pathologique: laparatomie: côlon pelvien très distendu, sacciforme. — Intestin grêle semble atrophié, et le bassin

occupé par large tumeur, mobile en tirant sur côlon pelvien; c'est une dilatation du côlon. — Péritoine épaissi par place, mais normal.

Obs. X. — FITZ (*Duval observ. XLIII*).

Femme âgée de 37 ans.

Symptômes: après une crise de neurasthénie (?) abdomen commence à grossir brusquement. — Douleur dans fosse iliaque droite et sensation d'une masse. — Douleurs lombaires. — Constipation depuis des années. — Souvent une semaine sans selle. — Anorexie. — Nausées. — Gêne de la respiration. — *Diagnostic*: mégacôlon: 1° Appendicéctomie; 2° Résection du côlon pelvien dilaté. — Guérison (Voir au chapitre *Traitement* article « *Colec-tomie* »).

Anatomie pathologique: laparatomie: dilatation considérable du côlon pelvien. — Pas de sténose. — Pas d'accumulation fécale.

Obs. XI. — FITZ (*Duval observ. XLIV*).

Homme âgé de 40 ans.

Symptômes: Abdomen distendu depuis enfance. — Constipation et détresse abdominale constante. — A 20 ans crise simulant occlusion intestinale. — Ponction de l'intestin au trocart; gaz abondants s'échappent et tout rentre dans l'ordre. — 13 ans après, nouvelle crise, suivie de plusieurs autres moins intenses, la dernière marquée par fortes douleurs et vomissements. — Pouls à 120. — Fièvre. — Facies pincé. — *Diagnostic*: occlusion intestinale. — *Traitement*: 1° Ponction intestinale; 2° résection du côlon ectasié. — Mort de péritonite septique. — *Autopsie*: anse sigmoïde très dilatée, s'étendait du pubis au cartilage xiphoïde.

Obs. XII. — HICKENS (*Duval observ. XLVI*).

Homme âgé de 20 ans.

Symptômes: Constipé depuis naissance. — Abdomen progressivement dilaté. — Purgatifs et lavements nécessaires. — Selles seulement tous les 10 ou 14 jours. — Scybales. — Mort subite. — *Diagnostic*: ?. — *Traitement*: ?. — *Autopsie*: abdomen énorme. — Côlon pelvien dilaté et allongé. — 57 cent. de long. — 35 cm. de circonférence minima. — Contient gaz et fèces semi-liquides. — Parois très hypertrophiées. — Pas de sténose. — Distension moyenne du côlon.

Obs. XIII. — RICHARDSON (*Duval observ. XLVIII*).

Age de la malade: ?. —

Symptômes: femme ayant d'abord présenté signes d'appendicite; appendicectomie: amélioration; les troubles reviennent. — Abdomen dilaté symétriquement. — Laparatomie, colectomie: plus de douleurs, plus de tumeur. — Quelques mois après, elle recommence à souffrir. — Abdomen devient progressivement proéminent. — Constipation sérieuse. — Douleurs continues; laparatomie exploratrice puis colopexie, enfin nouvelle colectomie. — Douleurs et Constipation persistent. — Abdomen est de nouveau dilaté. — Tympanisme. — Etat général bon. — *Diagnostic*: 1° appendicite; 2° mégacôlon. — *Traitement*: 1° appendicectomie; 2° colectomie; 3° laparatomie exploratrice; 4° colopexie; 5° nouvelle colectomie. — Guérison. — *Anatomie pathologique* (laparatomie): anse sigmoïde dilatée, remplit l'abdomen inférieur. — Elle est épaisse, distendue. — Pas d'obstruction.

Obs. XIV. — BROOK (*The Brit. med. journ. 1905 I. 1035*).

Femme âgée de 21 ans. — Entre à l'hôpital pour tumeur abdominale 5 mois après son apparition.

Symptômes: pas de douleurs sauf après purgatifs ou lavements. — Constipation de tout temps. — Tumeur globulaire, mobile, mate, indépendante de l'utérus qui se trouve repoussé en avant. — Vomissements. — *Diagnostic*: Tumeur solide de l'ovaire gauche. — *Traitement*: colotomie. — Guérison (Voir au chapitre *Traitement*, article « Colotomie »). — *Anatomie pathologique* (laparotomie): anse sigmoïde très hypertrophiée et distendue que l'on prend pour estomac énormément dilaté. — Recouvre intestin grêle. — Côlon descendant moins dilaté. — Dans l'intestin roule une tumeur. — Pas de sténose. — Toutes les tuniques participent à l'hypertrophie. — Paroi intestinale 3 à 4 fois plus épaisses que normalement.

Obs. XV. — SCHREIBER (*Archiv. für Verdaungs Krank*
vol. XIII, p. 2. 1907).

Femme âgée de 20 ans.

Symptômes: Douleurs abdominales. — Constipation. — Amaigrissement. — Distension abdominale surtout autour de l'ombilic. — Mouvements péristaltiques, tympanisme. — *Diagnostic*: 1° obstacle dans région inférieure du gros intestin (coudure, tumeur...); 2° mégacôlon. — Les rayons X et surtout la diaphanoscopie au moyen d'une lampe électrique introduite par l'anus, permirent d'établir qu'il s'agissait d'un entérospasme avec allongement et déplacement congénital de l'S romain. — *Traitement*: traitement médical, opium; amélioration maintenue.

Obs. XVI. — HAWKINS (*The Brit. med. journ.* 2 mars 1907).

Femme âgée de 39 ans.

Symptômes: Constipation depuis l'enfance. — Bon état général. — Depuis 4 ans 1 selle par semaine. — Apathie; somnolence narcotiforme. — Abdomen distendu surtout à gauche. — Tym-

panisme. — Pas de douleurs. — *Diagnostic*: ? — *Traitement*: laparatomie et colotomie. — Morte les jours suivants de péritonite?? (Voir au chapitre *Traitement* article « Colotomie »). — *Autopsie*: rectum normal passe graduellement dans une anse très élargie. — Tout le côlon est un peu distendu, mais cette distension disparaît graduellement avant le cæcum. — Hypertrophie des parois du segment distendu. — Pas de sténose.

Obs. XVII. — HAWKINS (*The Brit. med. journ.* 2 mars 1907).

Homme âgé de 40 ans.

Symptômes: constipation depuis l'enfance. — Ventre ballonné. — Tympanisme généralisé. — Lavements à l'huile de ricin sont efficaces. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: lavements: mort, 4 jours après son admission à l'hôpital, d'obstruction intestinale. — *Autopsie*: anse sigmoïde et côlon transverse occupent tout l'abdomen. — Tout le côlon est dilaté sauf cæcum et rectum. — Gaz sous forte pression. — Matières abondantes, semi-liquides, verdâtre. — Pas d'hypertrophie de la musculuse. — Pas de sténose. — Muqueuse normale.

Obs. XVIII. — HAWKINS (*Loc. Cit.*).

Femme âgée de 46 ans.

Symptômes: constipation depuis enfance. — Distension abdominale de temps en temps, qui finit par devenir permanent. — Tympanisme généralisé. — Purgatifs et lavements, efficaces. — En général après période de constipation, évacuation d'une quantité considérable de matières liquides. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: 1° anastomose entre le côlon iliaque et partie inférieure du côlon pelvien au-dessous de la partie dilatée. — Résultat satisfaisant; 2° trois mois plus tard symptômes de volvulus: résection du côlon pelvien; 3° 18 mois plus tard, second volvulus: rectifica-

tion de l'anse; guérison; 4^e fixation de l'anse dilatée pour prévenir une torsion dans l'avenir. — *Anatomie pathologique* (laparatomie): Anse sigmoïde très dilatée. — à la troisième intervention, petite portion de l'anse sigmoïde, entre l'anastomose et le rectum, s'est dilatée autant que celle resséquée la fois précédente; elle s'est, en plus, tordue.

Obs. XIX. — HAWKINS (*Loc. Cit.*).

Homme âgé de 48 ans. — Entre à l'hôpital pour fracture de la rotule.

Symptômes: constipation. — Ventre ballonné. — La dernière année, alternatives de diarrhée et de constipation. — Purgatifs et lavements inefficaces. — Mort le lendemain de son admission. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Autopsie*: Cœcum, côlons ascendant, descendant et transverse très distendus. — Le ventre ouvert on ne voit que le côlon. — Portions iliaque et pelvienne du côlon sont très courtes. — Leur paroi très hypertrophiée et rigide; leur lumière rétrécie.

Obs. XX. — MOUGES (*Marseille med.* 1907. p. 175).

Femme âgée de 30 ans. — Entre à l'hôpital avec le diagnostic de grippe et congestion hépatique.

Symptômes: Toujours très constipée. — Bientôt arrêt des matières et gaz. — Distension abdominale très marquée. — Douleurs légères. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: Introduction d'une sonde dans le rectum, soulagement momentané. — Morte d'obstruction intestinale. — *Autopsie*: Enorme dilatation du côlon et surtout du transverse. — Côlon transverse et côlon descendant font un angle aigu au niveau duquel sorte d'étranglement. — Le côlon descendant ne participe pas à la dilatation.

Obs. XXI. — SCHUCKMANN (*Deut. med. Woch.* 1907 N° 6).

Femme âgée de 46 ans.

Symptômes: débilité congénitale. — Troubles mentaux qui ont nécessité son admission à l'hôpital. — Constipation. — Ballonnement du ventre. — Tympanisme. — Vomissements. — Amaigrissement. — *Diagnostic*: mégacôlon. — *Traitement*: lavements; morte d'obstruction. — *Autopsie*: dilatation et hypertrophie énorme du gros intestin du cæcum au rectum. — Pas de sténose.

Obs. XXII. — SCHUCKMANN (*Loc. Cit.*).

Homme âgé de 68 ans. — Admis à l'hôpital pour troubles mentaux.

Symptômes: constipation. — Ventre tendu et ballonné. — Tympanisme. — Lavements inefficaces. — *Diagnostic*: occlusion intestinale complète. — *Traitement*: colostomie (Voir au chap. *Traitement* article « Colostomie »). — Mort subite à la suite de l'opération. — *Autopsie*: presque tout le ventre occupé par une anse intestinale très dilatée. — Flexure de l'anse sigmoïde. — Foie, diaphragme, cœur, poumons, intestin grêle, estomac sont déplacés. — Rectum un peu dilaté. — Pas de sténose, mais légère strangulation à 20 cm. de l'anus. — dans le sac, matières fécales et beaucoup de noyaux de cerise.

Obs. XXIII. — TUFFIER (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*

12 novembre 1907).

Jeune fille âgée de 20 ans. — Entre à l'hôpital pour tumeur volumineuse de l'abdomen.

Symptômes: constipation opiniâtre qui date des premiers jours de la vie. — Lavements nécessaires à défaut desquels constipation pendant 3, 4 et 10 jours. — Depuis un an lavement quotidien. — Il fallut parfois le renouveler jusqu'à 5, 6 et 7 fois

dans la même journée pour obtenir une selle. — Le seul purgatif efficace était l'huile de ricin dont la malade faisait usage une fois par mois. — Gaz abondants. — Matières diluées, fétides. — *Douleurs* sous forme de crises plusieurs fois par jour accompagnées de borborygmes et de *contractions intestinales* visibles et tangibles. — Ces douleurs, d'abord généralisées à l'abdomen, finirent par se localiser dans l'hypocondre droit. — Jamais de signe d'occlusion *avec vomissements*. — Le ventre, toujours plus volumineux qu'il ne devait l'être, *se développa* surtout à partir de l'âge de 13 ans. — Etat général resta satisfaisant, la malade pouvait travailler, mais dans les derniers temps elle eut de la dyspnée, des palpitations, de la faiblesse et de l'amaigrissement. — *Examen*: Tumeur abdominale, médiane, du volume de la tête d'un fœtus, incolore, très dure, mobile transversalement, mais immobile de bas en haut; elle affleurait à un travers de doigt de l'ombilic. Limites franches à gauche, mais incertaines dans l'hypocondre droit. — Matité absolue. — *Toucher vaginal*: tumeur indépendante de l'utérus et placée en avant; elle était lisse, mobile, mais quand on déprimait fortement le cul-de-sac antérieur, elle se laissait déprimer un peu, absolument comme si elle contenait un mastic très dur; donc caractères physiques d'un kyste dermoïde de l'ovaire. — Indican dans urines. — *Diagnostic*: Kyste dermoïde de l'ovaire. — *Traitement*: laparatomie sous-ombilicale (20 février 1907): abdomen rempli par une tumeur à surface blanche, nacréee, opaque, lisse, arrondie et ressemblant à kyste de l'ovaire. — En imprimant le doigt, légère dépression comme dans toucher vaginal. — Elle contient donc une substance ferme et dépressible, mais cette dépression *persiste* sur le contenu de la tumeur alors que la paroi *revient sur elle-même*. Elle contient donc des gaz, diagnostic de kyste dermoïde écarté. — La tumeur extériorisée,

on constate qu'elle se continue en haut avec le côlon ascendant et en bas avec le rectum, et qu'elle est maintenue par derrière par un méso contenant d'énormes vaisseaux. Il s'agissait donc d'une *hypertrophie énorme du côlon pelvien*, d'un *mégacôlon*. — *Pas de coudure*. — dans l'intérieur de l'intestin, grosse tumeur formée par volumineux calcul stercoral.

1° *Entérotomie*: extraction de ce calcul pesant 1 kil. 455. — Sur une coupe, il est formé de couches concentriques contenant des grains, des matières stercorales desséchées et des fibres ligneuses, le tout s'emboîtant en couches successives comme dans un calcul vésical. — *Paroi intestinale* aussi épaisse que la main; muqueuse épaisse de 1 cm., violacée et ecchymotique. — Matières stercorales très fétides. — Fermeture de l'incision intestinale par un double surjet, suture de l'abdomen pour éviter avant tout une infection. — Guérison (Voir au Ch. *Traitement* art. « *Colotomie* »); mais un mois plus tard, cette femme revient à l'hôpital, bien améliorée cependant. — 2° le 25 avril suivant nouvelle laparatomie: « *entéro-anastomose* » et *coloplication*. (Voir au C. *Traitement* art. « *entéro-anastomose* »). — *Guérison définitive*. — Cette nouvelle laparatomie permit de constater un côlon pelvien vide, ayant conservé les mêmes dimensions et le même aspect que précédemment. *Pas d'obstacle* intestinal. — L'anse distendue avait le volume d'une cuisse d'adulte.

Un cas de mégacôlon acquis avec énorme prolapsus du rectum traité par des colopexies multiples et l'iléo-sigmoïdostomie,

par LÉOPOLD LE NOUÈNE (1).

Chirurgien des Hôpitaux du Havre.

P..., journalier entre à l'Hôpital Général du Havre pour trou-

(1). — LE NOUÈNE: *Communication au congrès de Chirurgie de Paris* (Octobre 1906).

bles intestinaux. — *Juillet 1905.* — *Diagnostic:* appendicite. — En août suivant, violente douleur abdominale, hypothermie, pouls rapide. — *Diagnostic.* appendicite perforée. Le Docteur Le Nouène, appelé d'urgence, pensa plutôt à une *péritonite tuberculeuse*. — Amélioré, le malade quitte l'hôpital. — Chez lui phénomènes intestinaux persistent avec ténésme rectal. — Prolapsus du rectum augmentant progressivement à la suite d'une colique violente. — En décembre suivant, le Docteur Le Nouène revoit le malade: amaigrissement énorme. — Asthénie. — Coliques continues, épreintes rectales toutes les 10 minutes accompagnées de prolapsus du rectum qui sort de 10 à 15 cm. au moment de l'émission d'une selle glaireuse, puis rentre complètement. — *Antécédents* nuls.

Entre à l'Hôpital Pasteur du Havre. — Sérum pour le préparer à une opération de nature indéterminée. — Morphine.

Le 27 décembre 1905, laparatomie: on va à la recherche du cœcum; on est étonné de ne pas le rencontrer dans fosse iliaque droite. En plongeant la main sous le diaphragme, on rencontre une masse énorme et très lourde qui représente le côlon transverse. Cette masse mobile sur un méso très long, est du volume de la cuisse à sa partie inférieure et donne la sensation d'un corps élastique plein. L'intestin, très grêle, pénètre au centre de cette tumeur; après quelques hésitations, on reconnut une *invagination* du gros intestin. — En procédant à la désinvagination, on trouva 4 cylindres concentriques formés par le côlon replié quatre fois sur lui-même et tapissés de fausses membranes. Au centre, se trouvait le cœcum, l'appendice et la partie terminale de l'intestin grêle. — *Appendice normal.* — *Cœcum* et partie du transverse qui prenait part à l'invagination sont rouges ainsi que le méso, et à l'union du cœcum et du côlon se trouve une *perfo-*

ration comme une pièce de 50 centimes, qui était hermétiquement fermée par le colon, sur lequel son empreinte était restée marquée. — Suture de la perforation; alors on se trouve en présence d'un *gros intestin énorme*, tellement *augmenté de longueur*, qu'on dut le sortir du ventre pour procéder aux manœuvres de *Colopexie iliaque*. — *Ablation de l'appendice*. — Le côlon iliaque est attiré le plus haut possible pour réduire le prolapsus, et est fixé à la fosse iliaque sur une longueur de 3 cent., environ. — Pour remédier à la ptose de cette masse du cæcum et du transverse, côlons ascendant et transverse sont *fixés* le plus haut possible au péritoine antérieur par deux surjets de soie de 2 cent. environ. — Enfin pour mettre au repos le cæcum et le côlon, et dans l'espoir de corriger leur hypertrophie, on pratiqua une *iléo-sigmoïdostomie* par abouchement latéral au-dessous de la colopexie iliaque. — Coliques pendant une quinzaine de jours. — Mais plus d'épreintes, plus de prolapsus. — Vomissements pendant quelques jours. — Actuellement plus aucun trouble. — *Guérison complète*.

Près d'un an après l'opération, le malade est revu; il présentait au niveau de la cicatrice de la laparatomie une petite fistule. — On en retira un énorme *vers*. — La fistule guérit.

Evolution de l'affection chez le malade: *typhlo-colite* de cause inconnue. — *Perforation caecale* due sans doute au vers intestinal retiré plusieurs mois après l'opération, *invagination quadruple* du côlon transverse d'où *distension* énorme, et *allongement* du gros intestin par le poids de la partie invaginée avec prolapsus rectal, c'est-à-dire un *mégacôlon*.

Dans les antécédents du malade, rien de particulier; or, nous savons que le mégacôlon congénital occasionne des troubles fréquents, et nécessite l'emploi de purgatifs, de lavements pour lutter contre la constipation et le ballonnement de l'abdomen. —

Sans doute ce malade avait présenté, quelques jours avant, les troubles intestinaux, mais ces troubles étaient imputables à l'*invagination* qui se préparait et qui détermina finalement une distension et un allongement du côlon, un *mégacôlon acquis*.

CONCLUSIONS

I. Le mégacôlon ou maladie de Hirschsprung nous apparaît comme une affection bien distincte, bien isolée.

II. Nous pouvons, en résumé, définir la dilatation congénitale du côlon : une affection caractérisée *anatomiquement*, par une hypertrophie et une dilatation le plus souvent limitées au gros intestin et intéressant surtout la tunique musculaire ; *cliniquement*, par une constipation opiniâtre, une distension abdominale volumineuse, des mouvements péristaltiques des anses intestinales visibles sous la paroi de l'abdomen.

III. Plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, la maladie de Hirschsprung affecte une prédilection marquée pour les deux âges extrêmes de la vie ; on l'observe chez le fœtus au 7^e mois de la vie intra-utérine.

IV. Son évolution, lente et progressive dans la plupart des cas, peut être parfois très brusque. A côté de quelques morts subites ou des crises d'obstruction in-

testinale aiguë, on rencontre des malades qui ont pu vivre jusqu'à un âge plus ou moins avancé (50, 68 ans). Les enfants meurent d'habitude très jeunes dans un état d'amaigrissement très accusé et au milieu de symptômes généraux graves à la suite d'une obstruction intestinale chronique.

V. Le mégacôlon est une affection très grave; si elle est abandonnée à elle-même, la mort est la terminaison habituelle, mais une thérapeutique appropriée, et notamment le traitement chirurgical, peut réduire la mortalité de moitié.

VI. Le traitement médical n'a qu'une valeur palliative. La *colectomie*, la *colopexie*, l'*entéro-anastomose*, la *recto-plication* peut-être, précédées ou non de la ponction intestinale et suivies d'un traitement médical complémentaire, sont vraiment efficaces.

Vu : Le Président de la Thèse.

Paul SEGOND.

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLBERG (N.-A.). — Fall af dilatatio et hypertrophia coli S. K. Hirschsprung sjukdom. *All. sven. Lakartid.* (Stockholm), 1906, III, 209.
- AGLAVE (P). — Un cas de mégacæcum consécutif à une disposition vicieuse du côlon ascendant, elle-même provoquée par une ectopie rénale droite. *Bull. et mém. Soc. anatom.* (Paris), 1904 LXXIX, 443.
- BAGINSKY (A). — Demonstration der Präparata eines Falles von Hirschsprungscher Krankheit. *Berlin Klin. Woch.*, 1904, XLI, 1252.
- BING (A). — Zur Kenntniss der Hirschsprungschen Krankheit und ihrer Aétologie. *Arch. f. Kinderh.* (Stuttgart), 1906, LXXIV, 59.
- BITTORF (A.). — Zur Pathogenese der angeborenen, Stuhlverstopfung (Hirschsprungsche Krankheit). *Munchener méd. Woch.* 1906, LIII, 265.
- BROOK (W.-P.). — Congénital hypertrophy and dilatation of the

- sigmoid flexure. *Brit. méd. journ.* (London), 1905, I, 1035.
- CADET. — Dilatation idiopathique du gros intestin. *Lyon méd.*, 1905, CIV, 578.
- CHEINISSE (L.). — La dilatation idiopathique ou congénitale du côlon. *Semaine méd.* (Paris), 1904, 369.
- CHIARI. — Demonstration eines Falles von Hirschsprungscher Krankheit. *Verhandl. d. dent. pathol. Gesell.*, 1904 (Jena, 1905), VIII, 152
- CIECHANOWSKI (S.). — Pneumatosis cystoides intestinorum. *Przegl. lek* (Krakow), 1904, XLIII, 1, 22.
- COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance* Tome II. Dilatation congénitale du côlon.
- DELCOURT (A.). — Dilatation congénitale du côlon. *I. méd. de Bruxelles*, 1905, X, 695.
- DELCOURT (A.). — Dilatation congénitale du côlon. — *Policlinique* (Bruxelles), 1905, XIV, 22; et *Presse méd. belge*, 1905, LVII, 15.
- DUVAL. — Dilatation dite idiopathique du gros intestin (avec bibliographie des travaux publiés jusqu'à cette date). *Revue de Chirurgie* 1903, n° 3, 4 et 5.
- ESCHERICH (T.). — Zur Kasuistik der Hirschsprungschen Krankheit. *Wien. Klin. Thérap. Woch.*, 1906, XIII, 55.
- FLEMING (C.). — Report of a case of congenital dilatation of the côlon; opération, recovery. *Colorado méd. J.* (Denver), 1903-04, I, 160.
- FLETCHER (H Morley) and Robinson. — A case of idiopathic dilatation of the rectum and the côlon as far as the hepatic flexure. *British méd. journ.*, du 16 février 1907. p. 370.
- FRIEDRHEIM. — Fall von Hirschsprunger Krankheit. *Deutsche méd. Woch.* (Lepizig), 1904, XXX, 1365.

- GERMER. — Ein Fall von Hirschsprungscher Krankheit durch Entero-anastomose geheilt. *Dents. Zeitsch. f. Chirurg., t. LXXXIX*, p. 38.
- GOUREVITCH (G.). — Zur Kasuistik der Hirschsprungschen Krankheit. *Prager méd. Woch.*, 1904, XXIX, 607, 623.
- GRAANBOOM (J.). — Jets over de ziekte van Hirschsprung (mégalocolon congenitum) naar aanleiding van een waargenomen geval. *Nederl. Tijdsch. v. Geneesk.* (Amsterdam), 1905, 2, I, XLI, d. I., 442.
- GRAANBOOM (J.). — Ziekte van Hirschsprung. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* (Amsterdam), 1905, 2 r., XLI, d. I, 1009.
- HAUSHALTER. — Dilatation du côlon transverse chez un enfant de onze mois. *Rev. méd. de l'Est* (Nancy), 1904, XXXVI, 275.
- HAWKINS. — Remarks on idiopathic dilatation of the côlon. *The British méd. journ.*, 2 mars 1907.
- HILBERT. — Fall von Hirschsprungscher Krankheit bei einer Erwachsenen. *Dent. méd. Wochens.* (Leipzig), 1905, XXXI, 2035.
- HUE (F.). — Dilatation congénitale du gros intestin. Communication à la Société de méd. de Rouen. Séance du 15 avril 1907. *La Normandie médicale* 1^{er} mai 1907.
- IBRAHIM (J.). — Ein Beitrag zur Pathogenese der Hirschsprungschen Krankheit. *Dent. méd. Wochens* (Leipzig), 1905, XXXI.
- KHIEN (G.). — Zur Kasuistik der Colonektasieen bei Kindern. *Strassburger méd. Zeit.*, 1904, I, 128.
- LEVI (J.-V.). — Congénital Dilatation of the côlon. *Ann. Gyn. and Ped.* (Boston.), 1904, XVII, 19.
- LE NOUENE (L.). — Enorme prolapsus du rectum traité par des colopoxies multiples et l'iléo-sigmoïdostomie. *Communication au Congrès de chirurgie de Paris* (octobre 1906). *Revue méd.*

de Normandie 10 novembre 1906.

MEYNIER (E.). — Contributo clinico allo studio del mégacôlon congénito. *Policlin.* (Roma) 1904, XI, sez. prat., 1407.

MOUGES. — Un cas de maladie de Hirschsprung, Anomalie du lobe gauche du foie. *Marseille méd.*, 1907, p. 175.

MÜLBERGER (A.). — Ueber die dilatatio et hypertrophia coli. (Hirschsprung). *Zeitschr. f. Klin. Méd.* (Berlin). 1905, LVII, p. 374.

MURRAY (R. W.). — Idiopathic dilatation of the colon. *Liverpool méd. chir. J.*, 1903, XXIII, 339.

NETER. — Zur pathogenese der Hirschsprungschen Krankheit. *Münch. méd. Wochens.*, 1907 p. 1817.

NEUGEBAUER. — Zur Diagnose und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit. *Arch. f. Kl. Chirurgie*, 1900, B. LXXXII p. 503.

PERTHES. — Opportunité de l'intervention chirurgicale dans la maladie de Hirschsprung. *J. de chir. et Ann. de la Soc. belge de Chir.* (Bruxelles). 1905, V, 225.

PERTHES (G.). — Zur Pathologie und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit (Mégacôlon congenitum). *Arch. f. Klin. Chir.* (Berlin), 1905, LXXVII, 1-42.

PERTHES (G.). — Zur Pathologie und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit (Mégacôlon congenitum). *Verhandlungen d. dent. Ges. für Chir.* (Berlin), 1905, II Theil, p. 1-42.

PLUVETTE. — Maladie de Hirschsprung (Mégacôlon). *Marscille méd.*, 1905, XLII, 241.

POZZI. — Contribution au traitement opératoire de certaines tumeurs stercorales avec énorme dilatation du gros intestin. *Congrès de Chirurgie*, Paris, 1905 p. 782.

ROTH. — Zur Pathologie und Therapie des Hirschsprungschen

- Krankheit. *Arch. für Klin. Chirurgie*, 1906, II. p. 125.
- ROUX DE BRIGNOLLES. — Un cas de dilatation idiopathique du gros intestin. *Gazette médicale de Paris* n° 40, octobre 1903.
- SAINT-MARTIN (J.). — Maladie de Hirschsprung. *Rev. méd. de la Franche-Comté* (Besançon), 1905, XIII, 81.
- SCHUTZ (R. E.). — Ueber hyperplasierende Colitis und sigmoïditis. *Beit. z. path. Anat. und z. all Path.* (Jena), 1905, VII; supp., 485.
- SCHNITZLER. — Maladie de Hirschsprung traitée opératoirement et guérie. *Soc. des médecins de Vienne*, 14 juin 1907.
- SCHUCKMANN. — Deux cas de maladie de Hirschsprung. *Dent. méd. Wochens.* 1907, n° 6.
- SCHREIBER. — Sur la dilatation idiopathique du côlon. Maladie de Hirschsprung. *Arch. f. Verdauungskrank.*, B. XIII, f. 2. 1907.
- SILBERBERG (O.). — Ueber angeborene Colonerweiterung. *Centralbl. f. d. Grenzgeb. der Méd. und Chir.* (Jena), 1903, VI, 881.
- STIRNIMANN (P.). — Hirschsprungsche Krankheit oder mégacôlon congenitum. *Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte* (Basel), 1905, XXXV, 569.
- TCHERNOV. — La dilatation du gros intestin chez les enfants. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1906, LXIV, 6.
- TORKEL (K.). — Angeborene hochgradige Erweiterung des Dünndarmes ohne Stenose. *Dent. méd. Wochens* (Leipzig), 1905, XXI, 344.
- TOUSSAINT (M.). — Neumatosis submucosa intestinal. *Bol. d. Inst. patol.* (Mexico), 1903-1904, 2 ép., I, 453.
- TUFFIER. — Dilatation congénitale dite idiopathique du côlon (mégacôlon). *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 12 novembre 1907. Communication à la séance du 6

novembre 1907.

VALAGUSSA (P.). — Contributo allo studio della patogenesi del mégacôlon congenito. *Rev. di. clin. pœd.* (Firenze), 1903, I, 824.

ZESAS (D.-G.). — Die Hirschsprungsche Krankheit. *Fortsch. d. Méd.*, XXIV, 2, 1906.

ZUBIZARRETA (A.). — Mégacôlon congenito. *Semana méd.* (Buenos-Aires) 1905, X, 426.

